

認知症サポーター養成講座

認知症は誰にでもおこりうる脳の病気によるもので、85才以上では4人に1人にその症状があるといわれています。

認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族のよき理解者として見守りができる地域をめざして「認知症サポーター養成講座」を開催しています。

自治会、事業所、学校、サークル等で「認知症サポーター養成講座」を開催しませんか。



認 知 症 サ ポ ー タ ー と は

特別なことをする人ではありません。
認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。
「認知症サポーター養成講座」を受講した方が『認知症サポーター』となります。
修了後に「認知症サポーターカード」とオレンジリングをお渡しします。



講 座 の 内 容

- 認知症とは
(症状、診断、予防等)
- 認知症の方との接し方
- 私たちにできること

等

※時間 約90分
※予防体操、グループワークなど受講者に応じた内容を取り入れることもできます。

開 催 す る に は

ご希望開催時期の2ヶ月前までに申込書(裏面)または電話にてお申込みください。

各種団体向けの開催のため参加予定人数は10名以上でお願いいたします。

*講師費用は無料です。

お 申 し 込 み・問 い 合 わ せ 先

海老名市 保健福祉部
地域包括ケア推進課
TEL 046-235-4950
FAX 046-231-0513

*各地域包括支援センターでもご相談をお受けしています。



(FAX送信先) 海老名市役所 保健福祉部 地域包括ケア推進課
FAX: 046-231-0513

認知症サポーター養成講座 開催申込書

申込日 年 月 日

団体名	※団体名がない場合は記載不要です		
申込み代表者			
連絡先	電話:	FAX:	
	Eメール:		
住所または活動地区			

※ご希望等ありましたらご記入ください。

開催希望日時 ※月だけでも可	第一希望日: 令和 年 月 日() 時 分から
	第二希望日: 令和 年 月 日() 時 分から
	第三希望日: 令和 年 月 日() 時 分から
開催希望場所	名称:
	住所:
質問等	

◎上記の個人情報は、本講座のためにだけ使用し、他の用途には使用いたしません。

【事務局記入欄】

開催日	令和 年 月 日() 時 分から 時 分		
会場			
受講予定者数	名 (男性)	名・女性	名)
	年代 20代以下	30~40代	50~60代
キャラバンメイト			