

認知症キャラバン・メイト養成研修

地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する認知症サポーター。その認知症サポーターを養成する講師役「キャラバン・メイト」を養成するための講座です。 *** 受講要件があります。**

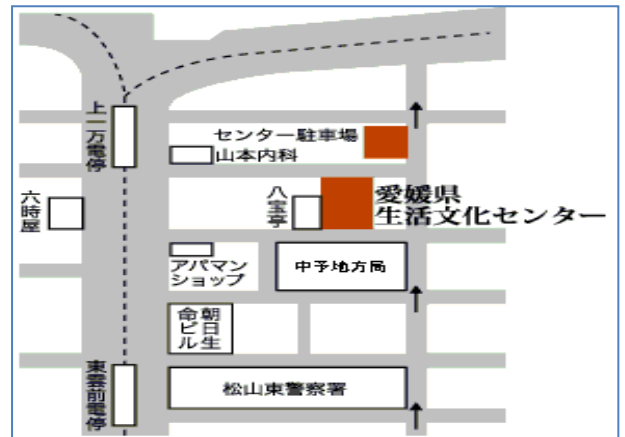
日時 2021年 1月16日(土) 9:30 ~ 16:30
 場所 **愛媛県生活文化センター** 2階 第一研修室 (松山市北持田町139-2)
 定員 40名
 実費 **無料** * 昼食は各自でご用意ください。
 講師 西条市役所 市民生活部 人権擁護課 課長 **近藤 誠 先生**
 認知症サポーターキャラバン作業部会 委員
 申込方法 郵送又はFAXにて各市町へお申込みください(下記申込先一覧参照)
 申込締切 2020年11月27日(金)

お申し込み方法：

- ・お勤めの方は **勤務地の市町へ**、
- ・お勤めをされていない方は **お住まいの市町へ**、
 別添の申込書を 郵送又はFAX にてお申し込みください。
 * 申込み状況によっては、受講できない場合がございます。
 受講可能な方にのみ、2020年12月22日(火)頃、
 受講票を発送いたします。

お問い合わせ：愛媛県在宅介護研修センター
 Tel：089-914-0721

【会場周辺地図】



【申込市町一覧】

市町名	担当課	担当係	電話番号	FAX
松山市	介護保険課	基幹型地域包括支援センター	089-948-6949	089-934-0815
今治市	高齢介護課	地域包括支援担当	0898-36-1528	0898-34-5077
宇和島市	高齢者福祉課	地域包括支援センター	0895-49-7019	0895-24-1126
八幡浜市	保健センター	地域包括支援センター	0894-24-3918	0894-24-6652
新居浜市	地域包括支援センター	相談支援係	0897-65-1245	0897-33-5178
西条市	包括支援課	介護予防係	0897-52-1412	0897-52-1408
大洲市	高齢福祉課	地域包括支援センター	0893-24-2111	0893-24-0961
伊予市	長寿介護課	地域包括担当	089-909-6332	089-909-6335
四国中央市	高齢介護課	地域包括支援センター	0896-28-6147	0896-28-6059
西予市	長寿介護課		0894-62-6406	0894-62-6543
東温市	長寿介護課	介護給付係	089-964-4408	089-964-4446
上島町	健康推進課	地域包括支援センター	0897-76-2261	0897-74-0912
久万高原町	保健福祉課長寿介護班	地域包括支援センター	0892-50-0230	0892-21-2862
松前町	福祉課	地域包括支援センター	089-985-4205	089-985-4206
砥部町	介護福祉課	地域包括支援センター	089-962-6118	089-962-6820
内子町	保健福祉課	地域包括支援センター	0893-44-2111	0893-44-4116
伊方町	保健福祉課	地域包括支援センター	0894-38-2652	0894-38-0372
松野町	保健福祉課健康増進係	地域包括支援センター	0895-42-1933	0895-42-1550
鬼北町	保健介護課	地域包括支援センター	0895-45-1111	0895-45-3618
愛南町	地域包括支援センター	介護支援係	0895-72-7325	0895-70-1777

※キャラバン・メイト養成研修は、下記の様式にて

該当の各市町へ

郵送 又は FAX でお申し込みください。

キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

NO. _____

受付日：令和 年 月 日

申込日：令和 年 月 日

ふりがな		
氏名 (修了証に使用しますので、楷書で丁寧に ご記入下さい)		(歳)
受講者要件 該当するNo.に○をつけてください。 (いずれかひとつを選択)	1. 認知症介護指導者養成研修修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修 (認知症介護実務者研修専門課程) 修了者 3. 介護相談員 4. 認知症の人を対象とする家族の会 5. 上記に準ずると自治体等が認めた者 (該当するものに、○をつけてください) 5-1 行政職員(保健師、一般職等) 5-2 地域包括支援センター職員 5-3 介護従事者(ケアマネジャー、施設職員、在宅介護支援センター職員等) 5-4 医療従事者(医師、看護師等) 5-5 民生児童委員 5-6 その他(ボランティア等)	
所属市町名	市・町 *お勤めの方 → 勤務地の所属市町を お勤めでない方 → 居住地の所属市町を ご記入ください。	
自宅住所	〒 —	
勤務先名		
勤務先所在地	〒 —	
連絡先	電話	(自宅) (勤務先) どちらかに○を
	携帯電話	
	F A X	(自宅) (勤務先) どちらかに○を
	e-mail	(自宅) (勤務先) どちらかに○を

※記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容となります。

※登録内容は、認知症サポーター100万人キャラバンの活動目的以外に使われることはありません。