

※ 受講申込書、研修前アンケートに必要事項記入の上、下記提出先に郵送、FAX又は持参によりお申込みください。

研修当日の一週間前までに受講決定の可否をお知らせします。

網掛けの(灰色)枠内は全て記入してください。

E-Mailが無い場合は、連絡先欄の当該箇所は記入不要です。

締切日: 令和6年11月●●日(●) 必着

提出先: 〒338-0003 さいたま市中央区本町東4-7-20 認知症フレンドリーまちづくりセンター

FAX: 048-853-5010

TEL: 048-816-4711

WEB: <https://saitama-orange.com/>

NO. \_\_\_\_\_

受付日: 令和 年 月 日

## キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込日: 令和 年 月 日

ふりがな		
氏 名	( 歳)	
受講者要件 該当するNo.の口に チェック (複数可)	<input type="checkbox"/> 1 認知症介護指導者養成研修の修了者 <input type="checkbox"/> 2 認知症介護実践リーダー研修(実務者研修・専門課程)の修了者 <input type="checkbox"/> 3 介護相談員 <input type="checkbox"/> 4 認知症の人と家族の会 会員 <input type="checkbox"/> 5-1 行政職員(保健師・一般職等) <input type="checkbox"/> 5-2 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 5-4 医療従事者(医師、看護師等) <input type="checkbox"/> 5-5 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 5-6 その他(ボランティア等) →	
連絡先	住 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	〒	
	都・道・府・県	市・区・郡
	(勤務先名: )	
	電 話	
FAX		
E-Mail		

※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。

## 【研修前アンケート】

\* 網掛け（灰色）枠の中に記入してください。

1. キャラバン・メイト養成研修受講動機（簡潔にご記入ください）

--

2. 認知症の方の相談対応や介護について、何に、どのくらいの期間携わっていますか。

（例）ホームヘルパーとして6年間就労した際に、認知症の方を数件受け持った。その後、ケアマネジャーとなり5年間、認知症を含む様々な方のプランを作成。地域包括支援センターに配属となり、ケアマネ支援を行う立場だが、行動・心理症状の重い認知症の方への対応方法には苦慮しながら2年間務めている。

--

3. メイトとしての活動に関連又は役立ちそうな資格・研修受講歴があれば記入してください。

（例：保健師・看護師・社会福祉士・精神保健福祉士・ケアマネジャー・ケースワーカー・認知症〇〇研修受講等、複数記入可）

--

4. 介護関係の研修で行う程度の認知症に関する次のAからHまでの項目について、あなたの知識状況を①～④から選んでその項目番号を記入してください。

A. 認知症を呈する主な4つの病気	
B. 中核症状と行動・心理症状、それぞれの代表的な症状	
C. 認知症の早期発見と対応が重要な理由	
D. 行動・心理症状への対応方法	
E. 介護する家族の心理と家族への支援方法	
F. どのような状態の方はどこに相談を回し、医療・介護・福祉はどのように連携するか。	
G. 成年後見制度、あんしんサポートなどの制度	

- ①すでにかなり理解しており、人に対しても説明できると思う。
- ②すでに相応に理解しているが、人前で説明するには改めて勉強が必要。
- ③何度か研修に参加して少しは理解しているが基本から勉強が必要。
- ④あまり理解できていない。

5. キャラバン・メイトとしてボランティアの立場で認知症サポーター養成講座を1年間で何回開催可能ですか。

※ 年3回以上の認知症サポーター養成講座の開催に御協力をお願いします。

回

申込者氏名

--