別紙２

施設用

令和元年度　認知症予防講習会（ちばコグニサイズ普及事業）申込書（兼）承諾書

千葉県健康福祉部高齢者福祉課　蟹江　　行

（　FAX　043－227－0050　／E-mail　kourei6@mz.pref.chiba.lg.jp　）

私は、標記講習会について、下記のとおり参加を申し込みます。また、本講習会を受講後、名簿への登録及び市町村への名簿の提供について承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1所属（施設）  名称 | 開設者名  （法人名） |  | | | | | 施設名 |  | | | | | |
| 2所属（施設）種類  ※主なものを○で囲ってください。 | 介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、  短期入所療養介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、  通所介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、市町村（本庁・出先）、地域包括支援センター  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 3所属（施設）  所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 4参加者 |  | | | | | | | | 職種 | | |  | |
| 5連絡先 | ＴＥＬ |  | | | | | | | | | | | |
| Ｍａｉｌ |  | | | | | | | | | | | |
| 6参加希望日  ※希望日の順位（①②③）を記入してください | 第１回  １/２０（月）午後  13:30～16:30 | |  | | 第２回  １/２１（火）午前  9:30～12:30 | | | | |  | 第３回  １/２１（火）午後  13:30～16:30 | |  |
| 7認知症予防・介護予防の直近の活動状況 | 実施時期  ・1年間の実施回数 | 主な参加対象者 | | 参加人数 | | 会場（該当する方を囲ってください） | | | | 内容 | | | |
|  |  | |  | | ①所属施設内  ②外部会場 | | | |  | | | |
| 8本講習会受講後のコグニサイズ教室実施予定 | 実施時期  ・1年間の実施予定回数 | 主な参加対象者 | | 参加人数 | | 会場（該当する方を囲ってください） | | | | 内容 | | | |
|  |  | |  | | ①所属施設内  ②外部会場 | | | |  | | | |

裏面の「記載例」及び「注意事項」もお読みください。

記載例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1所属（施設）  名称 | 開設者名  （法人名） | 社会福祉法人○○会 | | | | | 施設名 | デイサービス○○ホーム | | | | | |
| 2所属（施設）種類  ※主なものを○で囲ってください。 | 介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、  短期入所療養介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、  通所介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、市町村（本庁・出先）、地域包括支援センター  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 3所属（施設）  所在地 | 〒260-8667  千葉市中央区市場町1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 4参加者 |  | | | | | | | | 職種 | | | 介護福祉士 | |
| 5連絡先 | ＴＥＬ | ○○○―○○○―○○○○ | | | | | | | | | | | |
| Ｍａｉｌ | ○○○@○○○.jp | | | | | | | | | | | |
| 6参加希望日  ※希望日の順位（①②③）を記入してください | 第１回  １/２０（月）午後  13:30～16:30 | | ② | | 第２回  １/２１（火）午前  9:30～12:30 | | | | | ① | 第３回  １/２１（火）午後  13:30～16:30 | | ③ |
| 7認知症予防・介護予防の直近の活動状況 | 実施時期  ・1年間の実施回数 | 主な参加対象者 | | 参加人数 | | 会場（該当する方を囲ってください） | | | | 内容 | | | |
| R1.10頃  ・年約50回実施 | 通所されている高齢者 | | 約10人 | | ①所属施設内  ②外部会場 | | | | 週に1回、通所されている高齢者を対象に介護予防教室（100歳体操）を実施 | | | |
| 8本講習会受講後のコグニサイズ教室実施予定 | 実施時期  ・1年間の実施予定回数 | 主な参加対象者 | | 参加人数 | | 会場（該当する方を囲ってください） | | | | 内容 | | | |
| R2.2頃から週に1回程度  ・年約50回以上実施予定 | 通所されている高齢者 | | 約10人 | | ①所属施設内  ②外部会場 | | | | これまで実施してきた介護予防教室にコグニサイズを取り入れる。 | | | |

注意事項

※　受講者は原則として先着順で決定します。

※　2名以上申し込みを希望する場合は、本書をコピーして使用してください。ただし、2人目以降につきましては、他の施設を優先とさせていただきます。

※　市町村、又は地域包括支援センターに所属の方は、「所属（施設）名称」の欄については、「解説者名（法人名）」の欄には「市町村名」を、「施設名」の欄には、「所属の課」又は「地域包括支援センター名」を記入してください。

※「認知症予防・介護予防の直近の活動状況」の欄には、主な取組を一つ記入してください。

※「認知症予防・介護予防の直近の活動状況」については、記入できる取組が無い場合は空欄でも構いませんが、「本講習会受講後のコグニサイズ教室実施予定」が無い場合（空欄の場合）は、本講習会は受講できません。