事業所用

令和２年度　認知症予防Web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　樋口　　行

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

　　　　　　＊ できる限り、メールでお申込みください

私は、標記講習会について、下記のとおり参加を申込みます。

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加希望形態※御希望の受講方法に「○」をつけてください。 | 　 | オンライン受講 | ＊令和元年度の本研修は受講していないはい　・　いいえ＊該当する方に「○」 |
| 　 | 会場で受講 |
| 1所属名称 | 開設者名（法人名） |  | 事業所名 |  |
| 2所属種類　※主なものを○で囲ってください。 | 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その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3所属所在地 | 〒　　　　　　　　　 |
| 4参加者 |  | 職種 |  |
| 5連絡先 | ＴＥＬ |  |
| Ｍａｉｌ |  |
| 6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所属事業所内②外部会場 |  |
| 7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所属事業所内②外部会場 |  |

* 裏面の「注意事項」「記載例」も御覧ください ◆

【注意事項】

※　受講者は原則として先着順で決定します。

※　2名以上申込みを希望する場合は、申込書（兼）承諾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、他の事業所を優先とさせていただきます。

※「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、記入できる取組がな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」がない場合（空欄の場合）は、本講習会は受講できません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加希望形態※いずれかの欄に「○」をつけてください。 | ○ | オンライン受講 | ＊令和元年度の本研修は受講していないはい　・　いいえ＊該当する方に○ |
|  | 会場から受講 |
| 1所属名称 | 開設者名（法人名） | 社会福祉法人○○会 | 事業所名 | デイサービス○○ホーム |
| 2所属種類　※主なものに○をつけてください。 | 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その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3所属所在地 | 〒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所属事業所内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 |
| 7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所属事業所内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。 |

【記載例】