

令和7年度

認知症サポーター**ステップアップ**講座

「認知症サポーター養成講座」を受講した「認知症サポーター」を対象に、学びの実践を目的として、認知症の知識をさらに深めたり、認知症とともに生きる地域をつくる取り組みやボランティア活動の場を考える講座です。



【開催日時】

1日目 10月29日(水) } 13時30分～15時40分
2日目 11月19日(水) } ※当日の受付は、開始15分前から行います。

【開催会場】 稲沢市勤労福祉会館（稲沢市稲府町5番1号）
2階 第2.3研修室

【開催内容】

1日目 認知症に関する講義、認知症の当事者・家族との座談会
2日目 チームオレンジ・認知症ケアパスについて
今後のボランティア活動を考える

【対象者】

稲沢市在住、在勤、在学の「認知症サポーター養成講座」を受けた方で、認知症サポーターとして市内で行うボランティア活動に関心のある方

(介護に関する資格や経験は問いません)

※2日間ともご出席出来る方に限ります。

【申込み開始日】

9月10日(水)～
定員になり次第 締め切り



【費用】 無 料

【定員】 35名

【持ち物】 筆記用具



2日間とも出席された方は、おれんじパートナーとなります。

おれんじパートナーとは、本講座受講者で、認知症の人とその家族に寄り添い、ともに歩む伴走者として、より具体的な地域づくりに取り組む人です。

【申込み】

裏面申込み用紙に必要事項を記入いただき、上記申込み開始日以降にFAXにてお申込みください。電話でのお申込みも可能です。

※都合により欠席される場合には、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

当日体調が悪い場合は参加をお断りさせていただく場合があります。

ご了承ください。

主 催 稲沢市内地域包括支援センター ・ 稲沢市認知症初期集中支援チーム
問合せ先 稲沢市基幹型地域包括支援センター TEL 0587-22-6077 FAX 0587-33-4666
【月～金曜日(土日祝日を除く)8:30～17:15まで】

稲沢市基幹型地域包括支援センター 行

FAX 0587-33-4666

令和7年度 認知症サポーターステップアップ講座 申込み用紙			
申込み日 令和7年 月 日			
氏名		性別	男 ・ 女
住所 〒 _____			
連絡先 TEL _____ FAX _____			
・今までに認知症サポーター養成を受けたことがありますか？ ①又は②に○をつけて下さい。 ① ある ② ない			
・認知症サポーターステップアップ講座の受講について①又は②に○をつけて下さい。 ① 初めての受講 ② 2回目以上の受講			
※2回目以上の方は前回受講した時のテキスト(2冊)を持参してください。			

*当日の受付は講座開始15分前から行います。

***お申込みは先着順とします。**

定員を超えた場合には初回の方を優先させていただきます。
受講いただけない場合のみご連絡いたします。

〈お申込み・お問合せ先〉

稲沢市基幹型地域包括支援センター

TEL 0587-22-6077 FAX 0587-33-4666

【月～金曜日(土日祝日を除く)8:30～17:15まで】