



(FAX:086-434-3357)

倉敷市生活・介護支援サポーター養成講座 受講申込書

倉敷市長あて

□に、レを入れて下さい。

令和2年 月 日

受講希望者	住所	〒 倉敷市 ()小学校区	電話番号 () —
	フリガナ		生年月日
	氏名		☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)
ご希望コース	☐ しっかりコース (全9回コース) ☐ 入門コース (全4回コース)		※受講途中で入門コースからしっかりコースへ変更することも出来ます。
ボランティア団体・NPO法人・地区社協等所属されている場合は団体名をご記入ください。 個人参加の場合は、一般とご記入ください。			
☐ 所属団体名() ☐ 一般、(所属団体なし)			
受講にあたって関心のある事項は何ですか？(複数選択可)			
☐ 介護保険制度について ☐ 高齢者保健福祉制度について ☐ 高齢者の権利擁護について ☐ 介護の方法について ☐ 高齢者への接し方について ☐ 住民参加型活動について ☐ 高齢者支援活動の具体例について ☐ その他()			
講座受講後の活動について(あてはまるものひとつに印をつけてください。)			
☐ 高齢者支援を行っている既存の団体等に参加して活動したい。 ☐ 自分自身で高齢者支援団体を立ち上げ、独自の活動を行いたい。 ☐ 自分自身がすでに所属している団体において、活動を継続したい。 ☐ 特定の団体に属さず、個人として高齢者の支援を行いたい。 ☐ 活動の仕方や形態については希望やこだわりはなく、今回の講座を受講する中で考えていきたい。 ☐ その他()			

※ご記入いただいたお名前・ご連絡先は本講座に際してのみ使用し、承諾無しに、他の目的で使用することはありません。

申込期限: 令和2年7月31日(金)