



(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 4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		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年        月        日 ( _____ 歳)
ご希望コース	<input type="checkbox"/> しっかりコース <input type="checkbox"/> 入門コース (全9回コース)              (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、一般をご記入ください。			
<input type="checkbox"/> 所属団体名( _____ ) <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 介護保険制度について <input type="checkbox"/> 高齢者保健福祉制度について <input type="checkbox"/> 高齢者の権利擁護について <input type="checkbox"/> 介護の方法について <input type="checkbox"/> 高齢者への接し方について <input type="checkbox"/> 住民参加型活動について <input type="checkbox"/> 高齢者支援活動の具体例について <input type="checkbox"/> 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。)			
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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4年7月29日(金)