

認知症サポーター養成講座（歯科関係者）開催要領

1. 目的

高齢者が受診する歯科医療機関の医師、歯科衛生士、技工士、助手及び受付事務員等を対象に、認知症になっても安心してらせるまちづくりに向けて、認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、できる範囲で支援する「認知症サポーター」を養成する。

2. 共 催：島根県健康福祉部高齢者福祉課、島根県歯科医師会

3. 日 時：令和元年9月15日（日） 10：00～11：30（開会行事含む）
※受付は9時30分から

4. 場 所：島根県歯科医師会館（〒690-0884 島根県松江市南田町141-9）

5. 対 象：歯科医師、歯科衛生士、技工士、助手及び受付事務員等

6. 内 容：講師 松江市認知症キャラバン・メイト
※キャラバン・メイトとは、認知症サポーター養成講座の講師役のことです。

7. 申込方法

別添申込書に必要事項を記入の上、FAXまたは郵送により**8月30日（金）**までに、島根県高齢者福祉課へ申し込む。

8. 問い合わせ先

○島根県健康福祉部高齢者福祉課 地域包括ケア推進室 恩田

TEL：0852-22-6385 FAX：0852-22-5238

○島根県歯科医師会 谷口

TEL：0852-24-2725 FAX：0852-31-0198

9. 備 考

- (1) 駐車場に限りがございますので、できるだけお乗り合わせのうえ、ご来場いただきますようお願いいたします（駐車場は別紙図面（旧県立プール跡地広場）を参照ください）。
- (2) 受講後、認知症サポーターの目印として、ブレスレット（オレンジリング）を交付します。
- (3) 同日12：30～15：10、同会場で歯科医師認知症対応力向上研修を行います。
別添開催要領を確認のうえ、参加を希望される場合は、申し込み願います。

歯科医師認知症対応力向上研修

認知症サポーター養成講座（歯科関係者）

参加申込書

日程：令和元年9月15日（日）

参加費：無 料

申込締切8月30日（金）

※下記に必要事項ご記入の上、FAX または郵送してください。

➤ 勤務先(所属)： _____➤ 連絡先住所： _____➤ 電話番号： _____ FAX番号： _____

| 氏名 | 生年月日 | 職種名 | 会場 (いずれかに○) | 参加項目 |
|----|-----------|-----|----------------|------|
| | 昭・平 年 月 日 | | 松江・浜田 | |
| | 昭・平 年 月 日 | | 松江・浜田 | |
| | 昭・平 年 月 日 | | 松江・浜田 | |
| | 昭・平 年 月 日 | | 松江・浜田 | |
| | 昭・平 年 月 日 | | 松江・浜田 | |

(1) 参加項目には「①」「②」「①②」のいずれかを記入願います。

①：認知症サポーター養成講座

②：認知症対応力向上研修

(2) 生年月日は認知症対応力向上研修の修了証発行に必要となります。

また、修了証に記載しますので、氏名は旧字体等がわかるように記入（歯科医師のみ）願います。

旧県立プール跡地広場

(アイドリング禁止で
お願いします)

