

認知症高齢者への声かけ訓練申込書

年 月 日

江南市高齢者生きがい課 行

(申込者)

代表者 住 所

氏 名

連絡先 () -

次のとおり、声かけ訓練(認知症徘徊者搜索訓練)の実施を希望します。

実施団体名	
打ち合わせ 希望日時	第1希望 年 月 日 () AM・PM
	第2希望 年 月 日 () AM・PM
	第3希望 年 月 日 () AM・PM
備 考	(実施時期や、訓練実施への要望などあればご自由に記入してください)

- 申込書に必要事項を記入の上、江南市役所高齢者生きがい課へご提出ください (FAXでも可)。
- 申し込みいただいた後、訓練開催にむけての準備等の打ち合わせをするため、江南市高齢者生きがい課または各地区担当の地域包括支援センターからご連絡致します。
- 訓練開催に向けての準備や、認知症サポーター養成講座の受講を行いますので、申込みから訓練実施までは、概ね3ヶ月程度の準備期間が必要となります。

申込み・問合せ

江南市役所 1F 高齢者生きがい課

TEL (0587) 54-1111 内線 416

FAX (0587) 56-5951