多治見市生活応援員育成講座受講申込書

多治見市長　　行

　　　多治見市生活応援員育成講座の受講を申し込みます。

申請日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |   |
| 氏　　名 |   |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　－ |
| 電話番号 | (　　　　　) |
| 職　　業 |   |
| 勤務先等 | 勤務先名/学校名所在地電話番号　　　　　(　　　　　) |
| 身体障がい等のため受講時に特に配慮を希望すること |   |
| 応募の理由・動機 |   |

多治見市生活応援員育成講座の受講にあたり、下記のとおり希望します

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講　座　名 | 日　　時 | 希望日に○ |
| 講座①介護保険制度と生活支援活動の概要緊急時の通報、個人情報の取扱い | 令和６年８月１５日（木）13:30～ |  |
| ８月１６日（金） 9:00～ |  |
| 講座②高齢者の特性、心理、接遇について認知症について | ８月１９日（月）13:30～ |  |
| ８月２０日（火） 9:00～ |  |
| 講座③訪問マナーについて生活援助の意義と種類、演習 | ８月２９日（木）13:30～ |  |
| ８月３０日（金） 9:00～ |  |