

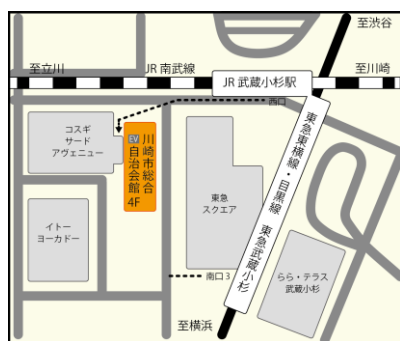
認知症キャラバン・メイト養成研修

認知症の方が住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らし続けるためには、認知症に対する周囲の理解と見守り・支援体制が必要です。認知症の普及啓発を目的とした「認知症サポーター養成講座」その講師役となる「キャラバン・メイト」の養成を目的に「認知症キャラバン・メイト養成研修」を開催いたします。

開催日時

令和8年7月29日(水) 9:30~16:30

受付開始時間 9:10 から



◆会場 川崎市総合自治会館
(所在地：〒211-0063 神奈川県川崎市中原区小杉3丁目600番
コスギ サード アヴェニュー4階)
※最寄り駅：JR線「武蔵小杉駅」西口
または東急東横線・東急目黒線「武蔵小杉駅」南口3

◆申込み 裏面の申込書に必要事項を記入の上、Forms、Eメール、FAXで申込み。
《締切》令和8年7月1日(水)午後5時(必着)
申込先は、受講申込書をご参照ください。

◆定員 90名(申し込み多数の場合は、参加者の調整をさせていただく場合があります)
結果は全員に通知しますので、7月15日(水)を過ぎても
「受講のご案内」が届かない場合は事務局までお問い合わせください。

◆受講料 無料

キャラバン・メイト養成研修カリキュラム

講義内容	受講対象者
<ul style="list-style-type: none">●認知症サポーターキャラバンとは・川崎市の取組み●川崎市認知症キャラバン・メイト連絡協議会について●認知症サポーターに伝えたいこと<ul style="list-style-type: none">①認知症とはどういうものか②認知症の人とどのように接するのか●キャラバン・メイトの活動報告●認知症サポーター養成講座の運営方法●キャラバン・メイトの役割と講座運営の実際(グループワーク)●キャラバン・メイト登録について●キャラバン・メイトの今後の取組みについて●情報交換会(サポーター講座の段取り)	<ul style="list-style-type: none">●認知症サポーター養成講座を受講済みで、川崎市内で年3回以上「認知症サポーター養成講座」の講師をできる方で、かつ、以下の①~⑥のいずれかに該当する方。<ul style="list-style-type: none">①認知症介護実践者研修等を修了し、川崎市内で認知症介護を実践・普及啓発するもの②公益社団法人認知症の人と家族の会会員③川崎市認知症ネットワーク・市区役所・市内地域包括支援センター・認知症介護指導者の推薦を受けたもの④川崎市内の地域包括支援センター職員⑤川崎市行政職員⑥介護支援専門員

【お問い合わせ】ヒューマンアカデミー株式会社

〒210-0005 神奈川県川崎市川崎区東田町8番地パレール川崎122B号室

TEL: 050-3174-8129 FAX: 03-6388-2894



キャラバン・メイト養成研修受講申込書

ふりがな			年齢	歳
氏名	男・女			
申込みフォームをもとに修了証を作成するため、正しい表記（漢字）にてご入力ください。				
勤務先・団体名	記入例：○△の家（グループホーム）・○×区役所高齢・障害課（行政）・○×会（家族会）等			
受講資格 ①～⑥の該当するものいずれかに ✓をつけ、カッコ内に必要事項を記入	<input type="checkbox"/> ①認知症介護実践者研修等を修了し、 川崎市内で認知症介護を実践・普及啓発するもの 職種（ ）	<input type="checkbox"/> ④川崎市内の地域包括支援センター職員 職種（ ）		
	<input type="checkbox"/> ②公益社団法人認知症の人と家族の会会員	<input type="checkbox"/> ⑤川崎市行政職員 職種（ ）		
	<input type="checkbox"/> ③川崎市認知症ネットワーク・市区役所・市内地域包括支援センター・認知症介護指導者の推薦を受けたもの	<input type="checkbox"/> ⑥介護支援専門員		
③の推薦者名 役職・連絡先	記入例：○○地域包括支援センター センター長 川崎 太郎 TEL 044-●●●-●●●●			
メイト活動が可能な区	☒ メイト活動の中心となる区をご記入ください。※必須			
メイト活動への 同意について	キャラバン・メイト養成研修はご自身で企画・実施ができる方、市役所市区役所・地域包括支援センターや地域の依頼に応じ講師活動ができる方で、年3回以上活動できる方が対象です。 上記に同意しますか。同意できない場合はご受講できません。※必須 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
連絡先				
住所	〒 (自宅・勤務先) ※カッコ内はいずれかに○ ※今後、総会やフォローアップ研修の案内送付先として登録させていただきます。異動が多い職場にお勤めの方は、ご自宅を連絡先として登録することをお勧めいたします。勤務先を選択した場合は、勤務先名称も正確に記入してください。			
電話番号	※日中連絡が取れる番号			
FAX				
E-Mail				

※本研修を修了すると「全国キャラバン・メイト連絡協議会」及び「川崎市キャラバン・メイト連絡協議会」に登録されます。登録情報は市区役所、地域包括支援センターに提供されます。可能な限り講師依頼には協力してください。

また、ご自身での企画実施も積極的におこなってください。

※申込書の記載事項が登録内容となります。省略等はなさらず、正確にご記入ください。

※申込書は1人につき1枚ご提出ください。複数人お申込みの場合は、コピーして使用してください。

お申込み方法

● Forms

スマートフォンなどで読み込み、
申し込みフォームに必要事項をご記入ください。



<https://forms.cloud.microsoft/r/bHV7SPKWpL>

● E-mail

本紙申込書の必要事項をご記入の上、
メールでお送りください。

メールタイトル

「キャラバン・メイト養成研修」

メールアドレス

「ninsapo-kawasaki@athuman.com」

● FAX

本紙申込書の必要事項をご記入の上、
FAXでお送りください。

FAX：03-6388-2894