

認知症キャラバン・メイト養成研修

地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する認知症サポーター。その認知症サポーターを養成する講師役「キャラバン・メイト」を養成するための講座です。 *** 受講要件があります。**

日 時	2025 年 11 月 15 日（土） 9：30 ～ 16：30
場 所	にぎたつ会館 楓の間 （松山市道後姫塚 118-2）
定 員	50 名
実 費	無料 * 昼食は各自でご用意ください。
講 師	認知症サポーターキャラバン作業部会 委員 近藤 誠 先生
申込方法	郵送又は F A X にて 各市町へ お申込みください（下記申込先一覧参照）
申込締切	2025 年 9 月 26 日（金）

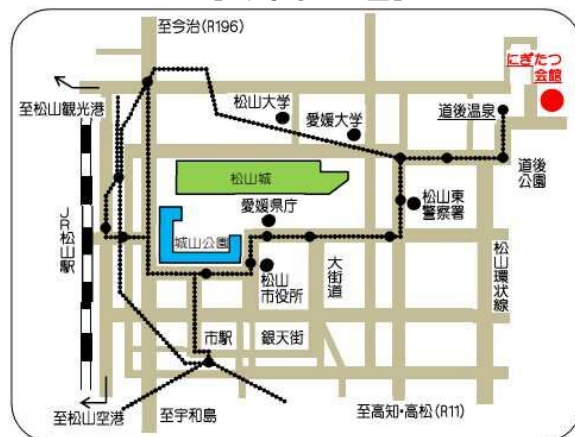
お申し込み方法：

- ・お勤めの方は **勤務地の市町へ**、
- ・お勤めをされていない方は **お住まいの市町へ**、
別添の申込書を 郵送又は F A X にてお申し込みください。

* 申込み状況によっては、受講できない場合がございます。
受講可能な方にのみ、2025 年 10 月 22 日（水）頃、
受講票を発送いたします。

お問い合わせ：愛媛県在宅介護研修センター
Tel：089-914-0721

【会場周辺地図】



【申込市町一覧】

市町名	担当課	担当係	電話番号	FAX
松山市	長寿福祉課	基幹型地域包括支援センター	089-948-6949	089-934-1832
今治市	介護保険課	地域支援担当	0898-36-1528	0898-34-5077
宇和島市	高齢者福祉課	地域包括支援センター	0895-49-7019	0895-24-1126
八幡浜市	保健センター	地域包括支援センター	0894-24-3918	0894-24-6652
新居浜市	地域包括支援センター	相談支援係	0897-65-1245	0897-33-5178
西条市	介護保険課	介護予防係	0897-56-5151 (2349)	0897-52-1408
大洲市	高齢福祉課	地域包括支援センター	0893-24-1714	0893-24-0961
伊予市	長寿介護課	地域包括担当	089-909-6332	089-909-6335
四国中央市	長寿支援課	地域包括支援センター	0896-28-6147	0896-28-6059
西予市	長寿介護課	高齢者包括ケア係	0894-62-6406	0894-62-3055
東温市	長寿介護課	介護給付係	089-964-4408	089-964-4446
上島町	健康推進課	地域包括支援センター	0897-76-2261	0897-74-0912
久万高原町	保健福祉課	地域包括支援センター	0892-50-0230	0892-21-2862
松前町	福祉課	地域包括支援センター	089-985-4205	089-985-4206
砥部町	介護福祉課	地域包括支援センター	089-962-6118	089-962-6820
内子町	保健福祉課	地域包括支援センター	0893-44-6154	0893-44-4116
伊方町	長寿介護課	地域包括支援センター	0894-38-2652	0894-38-0372
松野町	保健福祉課	地域包括支援センター	0895-42-1933	0895-42-1550
鬼北町	保健介護課	地域包括支援センター	0895-45-1111	0895-45-3618
愛南町	地域包括支援センター	介護支援係	0895-72-7325	0895-73-7009

※キャラバン・メイト養成研修は、下記の様式にて **該当の各市町** へ 郵送 又は FAX でお申し込みください。

キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

NO. _____

受付日：令和 年 月 日

申込日：令和 年 月 日

ふりがな		
氏名 (修了証に使用しますので、楷書で丁寧に ご記入下さい)		(歳)
受講者要件 該当する No. に○をつけてください。 (いずれかひとつを選択)		※ 次の要件を満たす方で、年間 10 回程度を目安に（最低実施数 3 回）、 「認知症サポーター養成講座」を原則としてボランティアの立場で行える者 1. 認知症介護指導者養成研修修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修 （認知症介護実務者研修専門課程）修了者 3. 介護相談員 4. 認知症の人を対象とする家族の会 5. 上記に準ずると自治体等が認めた者 （該当するものに、○をつけてください） 5-1 行政職員（保健師、一般職等） 5-2 地域包括支援センター職員 5-3 介護従事者（ケアマネジャー、施設職員、在宅介護支援センター職員等） 5-4 医療従事者（医師、看護師等） 5-5 民生児童委員 5-6 その他（ボランティア等）
開催を考えている サポーター養成講座		(講座の対象者) (開催場所)
所属市町名		市・町 * お勤めの方 → 勤務地の所属市町を お勤めでない方 → 居住地の所属市町を ご記入ください。
自宅住所		〒 —
勤務先名		
勤務先所在地		〒 —
連絡先	電 話	(自宅) (勤務先) どちらかに○を
	携 帯 電 話	
	F A X	(自宅) (勤務先) どちらかに○を
	e-mail	(自宅) (勤務先) どちらかに○を

※記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容となります。

※登録内容は、認知症サポーター100万人キャラバンの活動目的以外に使われることはありません。