

# 令和7年度 家族介護教室（出張講座）

## 講師派遣のご案内

社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会

高齢者を介護している家族等の様々なニーズに対応し、介護に関連する知識や技術を学ぶ機会として講師派遣を行います。

**派遣対象** 5人以上のグループでお申込みください。  
(年齢制限はありません。新年会や老人会等のイベントへの派遣も可能です。)

**派遣回数** 年度内2回まで  
(認知症・介護予防教室講師派遣【上限6回】と別でお申込みいただけます。)  
※上限回数を超える申請は、受付を取り消しさせていただきます。  
※各講座の申請回数は年1回となります。同じ講座を2回申請することはできません。

### 講座内容

| 講 座 名  | 内 容                                                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家族介護教室 | ① 口腔ケア(歯科衛生士)<br>② 生活習慣病予防教室(栄養士)<br>③ 認知症予防の講座(施設職員等)<br>④ 介護講座(施設職員等)<br>⑤ 介護保険制度や福祉サービスについての講話 |

**所要時間** 1回の講座につき、1時間程度

**申込方法** 派遣申請書(別紙1)を社協各地域センターへ提出またはFAXにてお申込ください。

**申込締切** 開催日の2か月前まで

**費 用** 無料

**準 備 物** 必要に応じて、講師より事前に連絡します。

**諸 注 意** **講師派遣申請書下部の注意事項を必ずご確認ください、☑してからお申し込みください。**

### 【お申し込み・お問い合わせ先】

|            |               |            |             |
|------------|---------------|------------|-------------|
| 上野地域センター   | 伊賀市総合福祉会館     | 電話 21-1112 | FAX 21-8123 |
| いがまち地域センター | いがまち保健福祉センター  | 電話 45-1012 | FAX 45-1050 |
| 島ヶ原地域センター  | 島ヶ原福祉センター「清流」 | 電話 59-3132 | FAX 59-3145 |
| 阿山地域センター   | 阿山保健福祉センター    | 電話 43-1854 | FAX 43-1577 |
| 大山田地域センター  | 大山田福祉センター     | 電話 47-0780 | FAX 46-1165 |
| 青山地域センター   | 青山福祉センター      | 電話 52-2999 | FAX 52-3555 |

## 令和7年度 家族介護教室講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 内容                                      | <input type="checkbox"/> 家族介護教室 ※希望内容に○<br>①口腔ケア ②生活習慣病予防教室<br>③認知症予防の講座 ④介護講座<br>⑤介護保険制度や福祉サービスについての講話<br>※③④指定がある場合のみ団体名・希望内容がある場合は要望事項に記載                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     | 派遣依頼回数<br><br>_____回目<br>(上限2回) |
| 派遣日時                                    | 希望日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 令和 年 月 日 ( )                                                                                        |                                 |
|                                         | 希望時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | : ~ :                                                                                               |                                 |
| 会の所属                                    | <input type="checkbox"/> ふれあいいきいきサロン <input type="checkbox"/> 老人クラブ <input type="checkbox"/> 住民自治協 <input type="checkbox"/> 自治会・区 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     |                                 |
| 会場名                                     | 【会場名】 _____ 会場形態 ( <input type="checkbox"/> 洋室 <input type="checkbox"/> 和室)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |                                 |
|                                         | 【住所】 _____<br>地域 ( <input type="checkbox"/> 上野 <input type="checkbox"/> いがまち <input type="checkbox"/> 島ヶ原 <input type="checkbox"/> 阿山 <input type="checkbox"/> 大山田 <input type="checkbox"/> 青山)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                 |
| 連絡先                                     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |                                 |
|                                         | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)                                                                     |                                 |
|                                         | 連絡可能時間帯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 午前( 時~ 時) <input type="checkbox"/> 午後( 時~ 時) |                                 |
| 対象者                                     | 年 齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 歳以上 歳くらいまで                                                                                          |                                 |
|                                         | 人 数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 約 名 (男 女 )                                                                                          |                                 |
| 要望事項                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                 |
| 注意事項<br>必ずお読み<br>いただき、<br>☑をお願い<br>します。 | <input type="checkbox"/> 申請日が実施希望日の2か月前になっていますか。<br><input type="checkbox"/> 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内2回まで)<br><input type="checkbox"/> 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。<br>(講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います)<br><input type="checkbox"/> 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。<br><input type="checkbox"/> 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。<br>(講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。)<br><input type="checkbox"/> 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。 |                                                                                                     |                                 |

## 令和7年度 家族介護教室講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 内容                                      | <input type="checkbox"/> 家族介護教室 ※希望内容に○<br>①口腔ケア ②生活習慣病予防教室<br>③認知症予防の講座 ④介護講座<br>⑤介護保険制度や福祉サービスについての講話<br>※③④指定がある場合のみ団体名・希望内容がある場合は要望事項に記載                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     | 派遣依頼回数<br><br>_____回目<br>(上限2回) |
| 派遣日時                                    | 希望日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 令和 年 月 日 ( )                                                                                        |                                 |
|                                         | 希望時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | : ~ :                                                                                               |                                 |
| 会の所属                                    | <input type="checkbox"/> ふれあいいきいきサロン <input type="checkbox"/> 老人クラブ <input type="checkbox"/> 住民自治協 <input type="checkbox"/> 自治会・区 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     |                                 |
| 会場名                                     | 【会場名】 _____ 会場形態 ( <input type="checkbox"/> 洋室 <input type="checkbox"/> 和室)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |                                 |
|                                         | 【住所】 _____<br>地域 ( <input type="checkbox"/> 上野 <input type="checkbox"/> いがまち <input type="checkbox"/> 島ヶ原 <input type="checkbox"/> 阿山 <input type="checkbox"/> 大山田 <input type="checkbox"/> 青山)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                 |
| 連絡先                                     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |                                 |
|                                         | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)                                                                     |                                 |
|                                         | 連絡可能時間帯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 午前( 時~ 時) <input type="checkbox"/> 午後( 時~ 時) |                                 |
| 対象者                                     | 年 齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 歳以上 歳くらいまで                                                                                          |                                 |
|                                         | 人 数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 約 名 (男 女 )                                                                                          |                                 |
| 要望事項                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                 |
| 注意事項<br>必ずお読み<br>いただき、<br>☑をお願い<br>します。 | <input type="checkbox"/> 申請日が実施希望日の2か月前になっていますか。<br><input type="checkbox"/> 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内2回まで)<br><input type="checkbox"/> 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。<br>(講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います)<br><input type="checkbox"/> 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。<br><input type="checkbox"/> 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。<br>(講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。)<br><input type="checkbox"/> 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。 |                                                                                                     |                                 |