

# 令和6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
地域家族 介護教室	① 口腔ケア(歯科衛生士) ② 生活習慣病予防教室(栄養士) ③ 認知症予防の講座(施設職員等) ④ 介護講座(施設職員等) 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6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"/> 地域家族介護教室 ※希望内容に○ <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防教室 <input type="checkbox"/> 認知症予防の講座 <input type="checkbox"/> 介護講座 <input type="checkbox"/> 介護保険制度や福祉サービスについての講話 ※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  _____回目 (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】 _____ 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	※日中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	<input type="checkbox"/> 歳以上 <input type="checkbox"/> 歳くらいまで	
	人数	<input type="checkbox"/> 約 _____名 (男 _____ 女 _____ )	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願いします。	<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。 <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) <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。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います) <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。 <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。 <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6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"/> 地域家族介護教室 ※希望内容に○ <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防教室 <input type="checkbox"/> 認知症予防の講座 <input type="checkbox"/> 介護講座 <input type="checkbox"/> 介護保険制度や福祉サービスについての講話 ※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  _____回目 (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】 _____ 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	※日中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	<input type="checkbox"/> 歳以上 <input type="checkbox"/> 歳くらいまで	
	人数	<input type="checkbox"/> 約 _____名 (男 _____ 女 _____)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願いします。	<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。 <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) <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。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います) <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。 <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。 <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。		