

# 令和2年度 東播認知症教室

認知症と診断され「認知症ってどんな病気?」「この先どうになってしまうの?」「家族として関わりはどうか?」と疑問や不安をかかえ悩んでいませんか?

認知症診断後、早期にご本人とご家族・介護者に認知症の知識と対応法などを内容とした心理教育を行うことは大変重要です。

この教室は、ご本人・ご家族・介護者を対象に開催し、専門スタッフのアドバイスにより、少しでも戸惑いや不安を解消できるように一緒に考えていきます。

一人で悩まずに、お気軽にご参加下さい。お待ちしております。

## <第5回> 定員 20名

❖ 日時 ❖ 令和2年10月22日(木) 午後1時30分~2時30分

❖ 場所 ❖ 播磨町役場 第一庁舎3階BC会議室

(加古郡播磨町東本荘 1-5-30)

❖ 講師 ❖ 小野 範子 氏 (いぶき薬局 薬剤師)

❖ 申込 ❖ 裏面の申込方法にて、10月20日(火)迄にお申し込み下さい。

## <第6回> 定員 10名

❖ 日時 ❖ 令和2年11月12日(木) 午後2時~3時

❖ 場所 ❖ 東加古川公民館 (加古川市平岡町新在家 457-3)

❖ 講師 ❖ 松本 典昭 先生 (土山内科外科医院)

❖ 申込 ❖ 裏面の申込方法にて、11月10日(火)迄にお申し込み下さい。

◆参加対象者◆ 認知症(疑いを含む)と診断されたご本人・ご家族・介護者・  
認知症の知識や対応法等に関心のある方

◆参加申込◆ 裏面申込方法にて、加古川医師会にお申込ください。

◆問合せ先◆ 加古川医師会 TEL 079-421-4301

事前申込必要  
参加無料



感染拡大予防  
のため、ご協力  
お願いします!!

マスクの着用



自宅で検温



手指消毒



自然災害などの不可抗力による場合、その他やむを得ない事情により中止する場合があります。  
医師会ホームページでお知らせ致しますのでご来場前にご確認いただくか、事務局にお問合せください。  
また、諸事情により講師を変更する場合がございます。予めご了承ください。

## 新型コロナウイルス感染予防に関して 東播認知症教室参加のみなさまへのお願い

公民館の感染拡大予防ガイドラインを基に、下記についてご協力をお願いします。

- ◆参加される場合は、事前申込が必要です。  
定員になり、参加いただけない場合もございますので、予めご了承ください。
- ◆来場前に自宅で必ず検温してください。
- ◆必ずマスクを着用してください。  
(マスクは各自ご準備ください。マスク着用なしでの参加はご遠慮願います。)
- ◆会場入口に手指消毒用のアルコール等消毒液を設置いたしますので、手指を消毒してください。
- ◆座席は、主催者側で指定させていただきますので、予めご了承ください。
- ◆発熱や体調が優れない方は、ご来場いただいても入場をお断りさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。
- ◆新型コロナウイルス感染者が発生した際に、申込時の個人情報(接触者特定のために)国や兵庫県の関係機関から開示を求められた場合は名簿を提供します。

▶ FAXで申込の場合 ◀ 下記の申込項目を記入し、加古川医師会にFAXして下さい。  
(FAX 079-421-4303)

### 令和2年度 東播認知症教室 参加申込書

| 参加希望日 |           | 令和 年 月 日 ( ) |    |      |
|-------|-----------|--------------|----|------|
| No.   | 氏名 (ふりがな) | 年齢           | 住所 | 電話番号 |
| 1     | ( )       |              |    |      |
|       |           |              |    |      |
| 2     | ( )       |              |    |      |
|       |           |              |    |      |
| 3     | ( )       |              |    |      |
|       |           |              |    |      |

▶ メールで申込の場合 ◀

医師会ホームページ最下部の「お問い合わせ」をクリックし、表示されるフォームより送信して下さい。お問い合わせ内容欄に「東播認知症教室」と入力し、その後「参加希望日」「参加者氏名(ふりがな)」「年齢」「住所」「連絡先 TEL」を入力し送信して下さい。

▶ 郵送の場合 ◀ (〒675-0065 加古川市加古川町篠原町 103-3 加古川医師会宛)

ハガキに「東播認知症教室参加希望」「参加希望日」「参加者氏名(ふりがな)」「年齢」「住所」「連絡先 TEL」を記入し、送付して下さい。

★★ 定員になり参加いただけない場合のみ、連絡します。 ★★