



## 東海市認知症フォーラムを開催します

～本人・家族・医師の視点から認知症を語る～

9月は世界アルツハイマー月間です。この機会に世界中の人々とともに認知症について考えてみませんか

### ■日時

令和5年（2023年）9月17日（日） 午後1時～4時

### ■場所

東海市芸術劇場 多目的ホール（大田町）

### ■参加者

市内在住・在勤・在学者 定員150名（先着順）

### ■内 容

- ・ケアラーバンド熱血 HEART の演奏
- ・基調講演 「認知症を知ろう!!!」

講師 あいち健康の森 健康科学総合センター健康開発部長 ひらかわ よしひさ 平川 仁尚 氏

- ・対談・本人の声 ～認知症になって思う事～ こんどう ようこ 近藤 葉子さん

- ・シンポジウム：会場からの質問について、医師、ご本人、介護家族によるディスカッション

### ■その他

- ・参加された方全員に「認知症サポーター」養成講座の受講証明書の一つであるオレンジリングをお渡しします。（東海市オリジナル）

### ■申込

9月15日（金）までに、申込書をFAX、郵送またはE-mailで特定非営利活動法人 HEART TO HEART へ

電話：0562-36-2353/FAX:0562-33-7102 E-mail rara2@ma.medias.ne.jp

|     |   |
|-----|---|
| 問合せ | 市民福祉部高齢者支援課（しあわせ村）<br>担当：牧田（まきた）、猪熊（いのくま）<br>052-689-1600（内線 553） |
|-----|---|

# 認知症 フォーラム

認知症ケア専門士単位証明書  
主任介護支援専門員更新研修証明書対象

無料

## 認知症を知ろう!!!

～本人・家族・医師の視点から～



令和5年(2023年)

開催日

9/17 日

定員 150名

13:00 ~ 16:00 (開場12:30~)

会場

東海市芸術劇場 (多目的ホール) 東海市大田町下浜田137番地

内容

### ■基調講演 認知症を知ろう!!!

ひらかわ よしひさ

講師：平川仁尚氏

あいち健康の森 健康科学総合センター健康開発部長



### ■対談・本人の声

～認知症になって思う事～ 近藤葉子さん



### ■シンポジウム

みなさんからの質問について医師、ご本人、  
介護家族によるディスカッション



“ケアラーバンド熱血HEART”  
の演奏もあります。

申込先・問合せ先

特定非営利活動法人 HEART TO HEART

〒477-0034 愛知県東海市養父町北堀畑58-1  
TEL 0562-36-2353 / FAX 0562-33-7102 E-mail rara2@ma.medias.ne.jp

「申込書」に必要事項をご記入の上、FAX・郵送・E-mailにてお申込み下さい。  
入場整理券は送付しませんので、お申し込みの上、直接会場へお越しください。

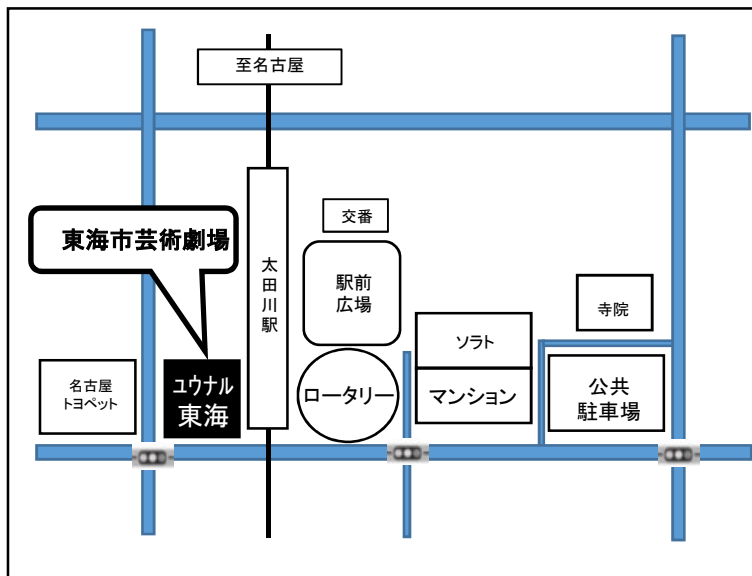
主催/東海市 協力/特定非営利活動法人 HEART TO HEART・公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部  
後援(予定)/日本認知症ケア学会

申込書は裏面  
にあります

# 地図

- 令和5年(2023年)9月17日(日) 13:00~16:00
- 東海市芸術劇場(ユウナル東海1階 多目的ホール)

<会場地図>



お申込み締切  
9月15日(金)

予約制(先着順)  
当日申込み可、但し定員になり次第締め切りといたします。

本講座は、認知症サポーター養成講座となりますので、参加された方にはオレンジリングをお渡ししています。



※出来るだけ公共交通機関をご利用ください。

【電車でお越しの場合】名鉄河和線・常滑線「太田川駅」下車1分 南口方面

【お車でお越しの場合】劇場地下駐車場及び公共駐車場を2時間無料で利用できます。

(駐車券を受付までお持ちください。)

## ★注意事項★

下記内容をお読みいただき、お申込み頂きますようお願い申し上げます。

## =天候について=

※認知症フォーラム当日の午前10時の時点で、東海市において「暴風警報」、「暴風特別警報」、「東海地震情報」が出ている場合は中止となります。

なお、参加者個々に中止の連絡はいたしませんので、よろしくお願いいたします。

## 申込先

特定非営利活動法人 HEART TO HEART

〒477-0034 愛知県東海市養父町北堀畑58-1 E-mail rara2@ma.medias.ne.jp

TEL 0562-36-2353 / FAX 0562-33-7102

## お申込み方法

- ① 下の申込書にご記入の上、FAX又は郵送にてお申込み
- ② 右のQRコードからお申込み下さい



令和5年(2023年)9月17日 認知症フォーラム

申込書 FAX(0562)33-7102

|   |                   |                    |   |
|---|-------------------|--------------------|---|
| ふりがな  | 年齢                | TEL (携帯)           |   |
| 氏名  | 歳                 | -                  | - |
| 自宅住所 〒  | 認知症ケア専門士<br>単位証明書 | 主任介護支援専門員<br>受講証明書 |   |
|   | 要 ・ 不要            | 要 ・ 不要             |   |
| 該当するところに○を付けて下さい                                      |                   |                    |   |
| 一般 ・ 介護家族(誰を: ) ・ 元介護家族(誰を: ) ・ 専門職(職種: )<br>・ その他( ) |                   |                    |   |

※ご記入いただいた個人情報は当法人の活動に関するご案内目的以外には使用しません。