認知症サポーターステップアップ研修アンケート

本日はご参加ありがとうございました。
よりよい認知症施策を実施していくため、皆さまのご意見をお聞かせください。
当てはまるものに〇、年齢をご記入ください。

☆性別（　男　・　女　）　　☆年齢（　　歳）

☆お仕事を現在されていますか？（ している ・ していない ）

1 本日の研修を受けてどのようにお感じになりましたか。当てはまるもの全てに〇をつけてください。

・ 認知症の理解を深めることができた
・ 認知症の人やその家族の気持ちを知る機会となった
・ 認知症についての相談場所や家族会などの情報を知ることができた
・ 認知症サポーターについて理解することができた
・ チームオレンジについて理解することができた
・ その他（　　）

2 今回の認知症サポーターステップアップ研修後、認知症サポーターとして地域で活動をしていきたいと思いますか？当てはまるものに〇をつけてください。

・ すぐにでも活動したいと思う
・ 今後、活動していきたいと思う
・ まだわからない
・ 活動したいとは思わない

3 その他、ご意見・ご感想がありましたら、ご自由にお書きください。

◇桐生市では、認知症があっても安心して生活できる地域づくりを市民の皆さまと一緒に行っていきたいと考えています。今回の研修に関わっている地域包括支援センターや市役所等から「活動についての情報（活動例参照）」などをご連絡させていただいても差し支えない方は、氏名等をご記入ください。

（活動例）・ 認知症カフェなどの活動のお手伝い
・ 認知症サポーター養成講座や認知症に関する勉強会など（ボランティアスタッフなど）
・ 地域のなかで認知症の方の見守りや声かけ活動　…など

氏名（フリガナ）	（　　）
住　　所	〒　　－　　群馬県桐生市
電話番号	
備　　考 **（伝えておきたいこと）**	（例）〇時頃なら活動できる、土日なら活動できる、〇〇包括支援センターの地区でも活動できる、など

※ご提供いただいた個人情報は、桐生市における認知症施策以外で使用いたしません。
※今回の研修に関わっている地域包括支援センター及び備考の内容に応じ関係地域包括支援センターへ情報提供を行います。

ご協力ありがとうございました。