

# 令和7年度 福岡市ユマニチュード地域リーダー養成講座 受講申込書

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申し込みます。

令和 7年 12月 15日

氏名 福岡 太郎

フリガナ	フクオカ タロウ		生年月日(年齢) ※和暦でご記入ください	昭和60年 4月 2日(40歳)
氏名	福岡 太郎			
職場名	職場名	〇〇訪問介護ステーション	サービス種別	訪問介護
	職位	管理者	職種	介護支援専門員
住所	職場	〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号	E-mail (pdf等の資料を送受信できるアドレス)	info@〇〇homonkaigo.jp
	電話	092-123-4567	携帯	090-1234-5678

主な資格(当てはまる番号すべてに○)

1 医師		9 作業療法士	
2 歯科医師		10 言語聴覚士	
3 薬剤師		11 社会福祉士	
4 保健師		12 介護福祉士	○
5 助産師		13 精神保健福祉士	
6 看護師		14 介護支援専門員	○
7 准看護師		15 その他( )	
8 理学療法士			

実務経験(職場名・職種名・期間を新しいものから書く)

1	職場:〇〇訪問介護ステーション 職種:管理者	5年間	実務年数  計 15年
2	職場:△△訪問介護事業所 職種:介護主任	5年間	
3	職場:グループホーム□□ 職種:介護支援専門員	5年間	

以下の募集要件について該当するものに全てチェック(全て該当の必要あり)

<input checked="" type="checkbox"/>	福岡市内に在住または勤務していること
<input checked="" type="checkbox"/>	認知症キャラバン・メイト養成研修修了者であること キャラバンメイトID (福岡 — 19 — 0001) <以下は参考項目としてご記載ください> ・ 認知症キャラバン・メイト講師としての活動実績(令和6年度) (5件) ・ 小中学校での認知症サポーター養成講座の実績(過去3年) (有) ・ 無)
<input checked="" type="checkbox"/>	本講座は、身近な地域場で認知症の知識や認知症の方への対応法(ユマニチュード)を啓発することを目的とした講座の講師を養成するためのものであることに同意していること
<input checked="" type="checkbox"/>	養成講座の全日程出席可能であること
<input checked="" type="checkbox"/>	講座で使用できる個人用ノートパソコンを所持しており、パワーポイントを使って一人で講座を運営できること
<input checked="" type="checkbox"/>	講座修了後には、講師として登録されることに同意していること
<input checked="" type="checkbox"/>	年間10回程度の講座を担当することに同意していること
<input checked="" type="checkbox"/>	ユマニチュード地域リーダーとしての活動について、職場の理解が得られること
<input checked="" type="checkbox"/>	別紙誓約書の内容について誓約すること <一部要約> 養成講座の中で指導したカリキュラムに沿って、講座を実施いただくこと/ユマニチュードの正式なインストラクターと認定されるものではないため、福岡市が指定する講座以外での講演はできないこと/講座の視察申し入れを受け入れること ほか
<input checked="" type="checkbox"/>	年に1回開催される「地域リーダーフォローアップ講座」に参加可能であること

家族介護の経験（「有」を選んだ方は、以下に被介護者続柄・期間を書く）		①有 ・ 無	
被介護者続柄	祖母	2年間	家族介護年数
被介護者続柄	父	10年間	計 12年
ユマニチュード講座の受講歴		①有 ・ 無	

「志望動機」について、ご記入ください。

※ユマニチュード地域リーダーを志望された動機を自由に記載してください。

【課題文】

「ユマニチュードの普及により、福岡市はどのようなまちになると思いますか。ご自身のユマニチュードの実践経験などを踏まえ、あなたの意見を書いてください。」

※公民館や小中学校で実施いただく「知る」講座の内容は、今回の養成講座で学んでいただきますが、そこにご自身の体験も交えながら、分かりやすく身近に感じられるお話をさせていただきたいと考えております。

※福岡市のユマニチュードの取り組みに対するあなたのお考えやエピソードなど、自由に記載してください。

活動可能な地域に全てチェックを入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	福岡市東区	<input checked="" type="checkbox"/>	福岡県内
<input checked="" type="checkbox"/>	福岡市博多区	<input type="checkbox"/>	九州内
<input type="checkbox"/>	福岡市中央区	<input type="checkbox"/>	全国
<input type="checkbox"/>	福岡市南区	<input checked="" type="checkbox"/>	その他(東区・博多区は活動可能ですが、特に箱崎、吉塚校区を希望します)
<input type="checkbox"/>	福岡市城南区		
<input type="checkbox"/>	福岡市早良区		
<input type="checkbox"/>	福岡市西区		

【推薦】※必須ではありません。

職場や既存のユマニチュード地域リーダー等からの推薦があれば、ご記入ください。

推薦者(役職)	福岡 花子(特別養護老人ホーム〇〇 施設長)
推薦理由	※自由に記載してください。