

認知症フォーラム

～みんなで作ろう！認知症にやさしい五所川原市～

日時

令和5年

9月2日(土)

13:30～16:00【開場12:00】

★大型ゲストのコラボ★



金多豆蔵人形一座



玉林さん

会場

五所川原市ふるさと交流圏民センター
オルテンシア

※会場・駐車場では入場券の提示が必要です。



↑申込みはこちら

定員

1,000名(申込多数の場合は抽選)

※申込受付後、当選者には入場券をお送りします。

対象

市民または市内の学校へ通学されている方

無料送迎バス運行あり



金木・市浦地区の方対象

詳しくは裏面へ→

ステージタイムテーブル

開会 13:30～13:50

オープニング 金木小学校三味線クラブ演奏

寸劇で学ぶ認知症 13:50～14:15

共催9団体の活動紹介 14:15～15:00

～休憩～

玉林さん、金多豆蔵さんと 15:10～15:55

学ぶ認知症クイズ

参加者募集中！お友達と一緒にでもOK！

総評・閉会 15:55～16:00

ロビー展示・体験コーナー



展示

- 薬剤師会：健康介護まちかど相談薬局の紹介
- 皮膚排泄ケア認定看護師・花王：おむつ情報
- 作業療法士会：作業療法の紹介
- 社会福祉士会：成年後見制度など紹介
- 栄養士会：元気に長生きする食事の紹介
- グループホーム協会：グループホームの紹介
- 認知症の人と家族の会：認知症カフェなど紹介
- 若年性認知症総合支援センター：作品の展示・販売
- 五所川原農林高等学校：活動紹介
- 五所川原市いきいき教室参加者：ちぎり絵展示

体験

- 健生五所川原診療所：もの忘れ検診
- 看護協会：キッズの白衣試着体験
- 理学療法士会：自分の握力を当てましょう！

相談

- 歯科医師会：歯とお口の相談
- 介護支援専門員協会：大人なんでも相談室
- 各専門職：認知症なんでも相談(申込時に予約必要)

クイズラリー開催！

★展示コーナーのクイズに全問正解できた方へ

景品プレゼント！




主催：五所川原市

共催：(社)西北五医師会／津軽保健生活協同組合 健生五所川原診療所／北五歯科医師会／(一社)青森県薬剤師会 西北五支部／(公社)青森県看護協会 西北五支部
(一社)青森県理学療法士会／(一社)青森県作業療法士会／(公社)青森県社会福祉士会 西北五支部／(公社)青森県栄養士会 五所川原地区会
(公社)青森県介護支援専門員協会 西北五支部／西北五地区認知症高齢者グループホーム協会／(公社)認知症の人と家族の会 青森県支部
キャラバン・メイト五所川原／青森県若年性認知症総合支援センター／青森県立五所川原農林高等学校

後援：青森県長寿社会振興センター／青森県ノルディック・ウォーク連盟

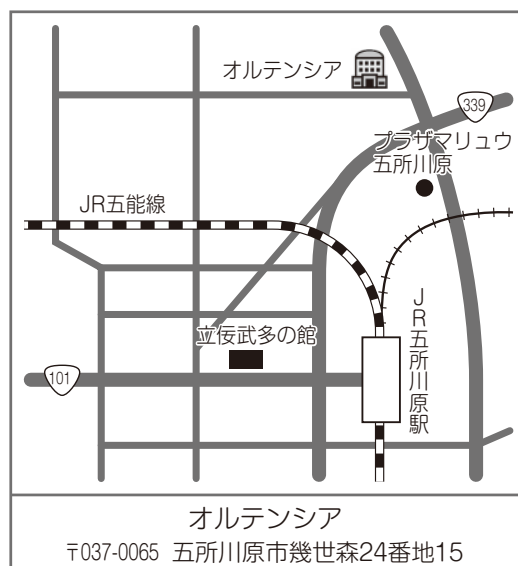
申込方法は裏面へ→

申込方法	1組5名様までお申込みいただけます。 【定員】 1,000名（抽選） 当選された方には入場券（座席指定）を開催1週間前までに個別発送します。 ≪注意≫ 別々にお申込みされた方とは隣り合った座席をご用意できません。あらかじめご了承ください。		
	①電話 申込者全員の氏名・住所(入場券送付先)をお聞きしますの で、事前にご準備ください。	②FAX 下記の申込用紙に必要事項を記入し、送信してください。	③インターネット QRコードからアクセスし、必要事項を入力の上、お申し込みください。 
申込締切	8月10日（木）	8月10日（木）	8月13日（日）
【申込・問合せ先】 電話：0173-35-2111（内線2463） FAX：0173-34-1018			

無料送迎バス利用コース

利用希望の方は、電話でお申し込みください。 **定員25名**

- ① 脇元生きがいセンター (10:45) →
 - ② 磯松コミセン (10:50) →
 - ③ 十三コミセン (11:00) →
 - ④ 市浦郵便局前 (11:10) →
 - ⑤ 成田商店前 (11:15) →
 - ⑥ 太田集会所 (11:25) →
 - ⑦ 上太田バス停 (11:30) →
 - ⑧ 川倉ふれあいセンター (11:50) →
 - ⑨ スーパーストアとやもり内科クリニック前 (12:00) →
 - ⑩ 金木公民館 (12:05) →
 - ⑪ 金木総合支所 (12:10) →
 - ⑫ 東部コミセン (12:15) →
 - ⑬ 岩見町バス停 (12:20) →
 - ⑭ 喜良市コミセン (12:25) →
 - ⑮ 嘉瀬コミセン (12:30) →
- オルテンシア着 (12:45)



認知症フォーラム参加申込用紙

≪五所川原市地域包括支援課 行≫ FAX:0173-34-1018

◆代表者様の連絡先*： () ※記入必須

	氏名*	性別	住所*	年齢*	ステージでのクイズ参加希望	認知症なんでも相談 (希望の方のみ記入)
1 代表者		男・女	〒 -		有・無	相談内容：
2		男・女	〒 -		有・無	相談内容：
3		男・女	〒 -		有・無	相談内容：
4		男・女	〒 -		有・無	相談内容：
5		男・女	〒 -		有・無	相談内容：