**オレンジサポーター養成講座　アンケート**

　オレンジサポーター養成講座を受講していただき、ありがとうございました。今後の取り組みの参考にさせていただくため、アンケートへのご協力をお願いします。該当項目を〇で囲んでください。

**〇どの受講対象に当てはまりますか。**

　・明石市民　（老人クラブ・民生児童委員・ボランティア・一般・その他　　　　　　　）

　・企業、職域団体　（　　　　　　　）　・学校　（小・中・高・その他　　　　　　　）

　・介護サービス事業所　　・行政

**〇あなたの年齢をお答えください**

　・１０代以下　　・２０代　　　　 ・３０代　　　・４０代　　　・５０代

　・６０～６４歳　・６５～６９歳　・７０代　　　・８０代　　　・９０代以上

**〇この講座は、何で知りましたか**

　・ホームページ　・ちらし　・広報あかし　・勤務先　・知人　・その他（　　　　　　　　）

**〇この講座を受けた動機は、何でしたか**

　・認知症の家族がいるから　・認知症を知りたかったから　・仕事の一環

　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**〇この講座の知識を活かして、今後どのような活動をしたいですか(複数回答可)**

　・見守り支援　・話し相手　・買物など家事支援　・認知症施設などでのイベントの手伝い

　・オレンジリングやバッジを着ける ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**〇認知症に関する分野でもっと知りたい知識等があれば教えてください**

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**〇今後の活動について**

オレンジサポーターとしてボランティア活動したい、より専門的なシルバーサポーター養成講座の受講に興味がある等がございましたら、下記にお名前等をご記入ください。講座のご案内や情報提供させていただきます。(複数回答可能)

　　（　　　） 認知症関係のボランティア活動に参加できるため、リスト登録可能

　　（　　　） ステップアップ講座のシルバーサポーター養成講座に興味がある

　　（　　　） その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| お名前(ふりがな) | ご住所　　〒　　　　　　－ |
| 　 | 　 |
| 電話番号 | メールアドレス |
| 　 | 　　　　　 |
| 所属団体名 |
|  |

※アンケートにご記入いただきました個人情報は、オレンジサポーター関連の情報提供や案内目的以外には使用いたしません。

|  |
| --- |
| その他、ご意見ご感想等ございましたらご記入ください。 |