

## &lt;提出先&gt;

熊本県 健康福祉部 健康福祉政策課  
 地域支え合い支援室 ハートフルサポーター担当者 宛  
 FAX: 096-384-9870  
 e-mail: sasaeai@pref.kumamoto.lg.jp

## 「令和8年度（2026年度）ハートフルサポーター育成研修」申込書

年 月 日

団体等名称				
団体等所在地	〒			
代表者	職名		氏名	
担当者	職名		氏名	
連絡先	電話			
	FAX			
	e-mail			
希望日時	※原則、令和8年（2026年）9月から令和9年（2027年）2月中旬までの間で設定してください。			
	第一希望	年 月 日（ ）	: ~ :	
	第二希望	年 月 日（ ）	: ~ :	
	第三希望	年 月 日（ ）	: ~ :	
受講予定人数	※概ね10人以上、かつ、概ね30人以下で設定してください。			
研修予定場所	施設名称			
	所在地	〒		
希望する研修プログラム	※該当するものに✓してください。			
	① どちらを希望されますか。 <input type="checkbox"/> 講義+体験 <input type="checkbox"/> 体験のみ			
	② 高齢又は障がいの分野における専門の講師の派遣を希望されますか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
③ 希望する体験メニューを選択してください（複数可）。 <input type="checkbox"/> 車椅子体験 <input type="checkbox"/> 高齢者体験 <input type="checkbox"/> UDグッズ体験 <input type="checkbox"/> 手話かるた体験				
備考	※研修内容に関する希望等			

## <申込みにあたっての留意事項>

申込みにあたっては、募集案内チラシに記載の内容を必ずご一読ください。

- ・ 修了証などの交付は行いませんので、ご了承ください。
- ・ 講師は、原則、県健康福祉政策課地域支え合い支援室の職員としますが、高齢又は障がいの分野における専門の講師の派遣を希望することもできます。ただし、調整の結果、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。
- ・ 体験に必要な物品（車椅子、高齢者疑似体験装具）は、受講希望団体において準備してください（高齢者疑似体験装具は県からの貸出も可能。UDグッズ及び手話かるたは県で準備します）。なお、体験メニューは複数選択可能ですが、人数等により対応できない場合もありますので、ご了承ください。
- ・ 応募団体が多数の場合、過去5年の研修開催歴や日程、受講人数等を考慮して選定しますので、ご了承ください。
- ・ その他の留意事項等については、募集案内チラシでご確認ください。