キャラバン・メイト養成講座　受講申込書

申込日：令和6年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 性　　別 | 男　　・　　女 | 年　齢 | 歳 |
| 受講者要件  該当するNo.に〇を  つけてください。  （いずれかひとつを選択） | １　認知症介護指導者養成研修終了者  ２　認知症介護実践リーダー研修（認知症介護実務者研修専門課程）修了者  ３　介護相談員  ４　認知症の人を対象とする家族の会  ５　上記に準ずると自治体等が認めた者（該当するものに〇印を付けてください）  ５－１　行政職員（保健師、一般職員）  ５－２　地域包括支援センター職員  ５－３　介護従事者（ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ、施設職員、在宅介護支援ｾﾝﾀｰ職員等）  ５－４　医療従事者（医師、看護師等）  ５－５　民生児童委員  ５－６　その他（ボランティア等　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所属市町村名  または  所属都道府県名 | 市・区・町・村　もしくは　　都・道・府・県 | | |
| 自宅  または  勤務先 | 〒　　　―  　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　市・区・郡 | | |
| 勤務先名： | | |
| 電　　話： | | |
| F A X： | | |
| E-mail ： | | |

※）記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容になります。

※）登録内容は、認知症サポーターキャラバンの活動目的以外に使われることはありません。

連絡先：精華町北部地域包括支援センター（特別養護老人ホーム神の園内）

電話（０７７４）９４－５６７７　FAX:（０７７４）９３－２３０５