

●養成研修の申込みは、この用紙にご記入のうえ下記にFAXしてください。

締切日：平成30年10月31日(水) 17:00迄

FAX: 095 - 847 - 6181

キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

※印は必須入力

※申込日：平成 年 月

※ふりがな		※生年月日(西暦)
※氏名		年 月 日 (歳)
※受講者要件 該当するNo.に「○」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の修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修(実務者研修・専門課程)の修了者 3. 介護相談員(介護相談員養成修了者) 4. 公益社団法人認知症の人と家族の会 会員 5. 認知症に関する基本的な知識や介護経験がある方 5-① 行政職員(保健師、一般職等) 5-② 地域包括支援センター職員 5-③ 介護従事者(ケアマネジャー、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)	
※所属市町名	市・町(講師として主に活動する市町名を1つ記入)	
※住所 (連絡先)	〒 ー ー ー 長崎県 市・郡 町 (勤務先名)	
※電話	ー ー (日中連絡が取れる電話番号を記入)	
FAX番号		
E-Mail		
所属(勤務先等)		

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

※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。