

## キャラバン・メイトフォローアップ研修 受講申込書

研修の申し込みは下記期限内にFAXで送信してください。  
受講決定通知はいたしません。定員を上回った場合のみお断りの連絡をさせていただきます。

申込期限 平成30年12月7日(金)【当日必着】  
送信先 三重県医療保健部 長寿介護課(下村あて)  
TEL 059-224-3327  
FAX 059-224-2919

### 受講申込者

(ふりがな) 申込者氏名	
生 年 月 日	( 昭 ・ 平 ) 年 月 日
勤務先(事業所)名	
職種(介護職員、保健師等)	
住所(勤務先または自宅)	〒
日中に連絡が取れる連絡先	
受講要件 (該当する番号に を記入してください。複数可)	1 キャラバン・メイト養成研修修了者(登録者) 2 行政職員 3 地域包括支援センター職員 4 その他(本研修受講希望者) 受講者が定員を上回った場合、1～3の方を優先的に受講決定させていただきます。