

(様式A)

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:令和元年9月20日(金)

FAX:059-224-2919

(担当部署 三重県医療保健部長寿介護課 地域包括ケア推進班 下村行)

No. _____

受付日:令和 年 月 日

キャラバン・メイト養成研修(伊賀市) 受講申込書

申込日:令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	(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 4. 認知症の人を対象とする家族の会 5. 1~5に準ずると自治体等が認めた者(該当するものに をつけてください) 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)
所属市町村名 または 所属都道府県名	市・区・町・村 もしくは 都・道・府・県
住所 (連絡先)	〒 - 都・道・府・県 市・区・郡 (勤務先名:)
電話	
FAX	
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。