福岡県介護実習・普及センター（福岡県社会福祉協議会　介護実習課）行（FAX 092-584-3354）

令和元年度キャラバン・メイト養成研修
申　込　書

令和元年　　月　　日

事業所 名称等	（運営主体名：　　）	研修申込 担当者名	
連絡先 （事業所） 住　所	〒　　－		
	ＴＥＬ	ＦＡＸ	

◆受講者　※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ます。

1	フリガナ		性　別	年　齢
	氏　名			
	現在の職種		現在の職種の 経験年数	年　　ヶ月
	登録先住所	**※上記連絡先住所と異なる場合はご記入ください。** 〒 ＴＥＬ　　ＦＡＸ		
	受講者要件	**※いづれかひとつを選択** 1　認知症介護指導者養成研修修了者 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 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（ケアマネージャー、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 民生委員・児童委員 5－6 その他（ボランティア等）		
	日　程	※ご希望の日程を◯で囲んでください。 **９月１１日（水）　　９月１９日（木）**		

※ＦＡＸで申込みの場合は、送信確認について十分御注意ください。

※受講は先着順に確定し、受講できない場合のみ御連絡いたします。

※事務局確認欄	受付印