

## 令和3年度キャラバン・メイト養成研修 申 込 書

令和3年 月 日

事業所 名称等			研修申込 担当者名		
連絡先 (事業所) 住所	〒 ー				
	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					
	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。 A日程:8月10日(火) B日程:9月27日(月) C日程:11月22日(月)					

※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、本会から受講決定の連絡や通知はいたしません。定員超過等で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