

平成25年度 キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込日:平成 年 月 日

開催日等 (希望する日に○)	① 9月9日(月) (岐阜県庁舎)	② 10月21日(月) (中濃総合庁舎)
ふりがな		
氏名	(歳)	
受講者要件 該当するNo.の□に チェック (複数可) 5の場合は該当する 種別の番号を[]内に 記入してください。	<input type="checkbox"/> 1. 認知症介護指導者養成研修の修了者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 介護相談員 <input type="checkbox"/> 4. 認知症の人を対象とする家族の会の会員 <input type="checkbox"/> 5. 1～4に準ずると自治体等が認めた者(下記のうち該当するものを記入→[]) 1. 行政職員(保健師、一般職等) 2. 地域包括支援センター職員 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) 4. 医療従事者(医師、看護師等) 5. 民生児童委員 6 その他ボランティア等(具体的に記入:)	
連絡先	住所 自宅・勤務先い ずれかにチェッ ク	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
		〒 — 都・道・府・県 市・区・郡 (勤務先名:)
	電話	
	FAX	
	E-Mail	

※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。