各務原市キャラバン・メイト養成研修　受講申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

開催日		令和4年6月24日（金）
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。		□　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の会員 □　5．1～4に準ずる者（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（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ、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	□　自宅　　□　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。