平成24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 （希望する日に〇）		① 8月27日（月）（シンクタンク庁舎）　②9月24日（月）（可茂総合庁舎）
ふりがな 氏　　名		（　　歳）
職　　業 （現職または前職に〇）		（　現職　・前職　）
受講者要件 該当するNo.の□にチェック （複数可） 6の場合はA～Lの該当するものを記入		□ 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．認知症高齢者グループホーム評価調査員 □ 5．（社）認知症の人と家族の会 会員 □ 6．1～6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→〔　〕） 行政職員〔A　保健師　B　その他専門職（　　）　C　一般職〕 D　地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員　E　在宅介護支援ｾﾝﾀｰ職員　F　介護支援専門員 G　民生児童委員　H　医師　I　看護師　J　認知症ｹｱ専門士　K　介護従事者 L その他（　　）
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。