

※キャラバン・メイト養成研修は、下記の様式にて

該当の各市町へ

郵送 又は FAX でお申し込みください。

キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

NO. _____

受付日：令和 年 月 日

申込日：令和 年 月 日

ふりがな	
氏名 (修了証に使用しますので、楷書で丁寧に ご記入下さい)	(歳)
受講者要件 該当する No. に○をつけてください。 (いずれかひとつを選択)	※ 次の要件を満たす者で、年間 10 回程度を目安に (最低実施数 3 回)、 「認知症サポーター養成講座」を原則としてボランティアの立場で行える者 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 (該当するものに、○をつけてください) 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 民生児童委員 5-6 その他 (ボランティア等)
開催を考えている サポーター養成講座	(講座の対象者) (開催場所)
所属市町名	市・町 *お勤めの方 → 勤務地の所属市町を お勤めでない方 → 居住地の所属市町を ご記入ください。
自宅住所	〒 ー
勤務先名	
勤務先所在地	〒 ー
連絡先	電話 (自宅) (勤務先) どちらかに○を
	携帯電話
	F A X (自宅) (勤務先) どちらかに○を
	e-mail (自宅) (勤務先) どちらかに○を

※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。

※登録内容は、認知症サポーター100万人キャラバンの活動目的以外に使われることはありません。