

FAX 055-254-8690

山梨県立介護実習普及センター 行

キャラバン・メイト養成講座受講申込書①(総括表)

申込期限:①甲府(9/1);平成28年8月4日(木)
②大月(10/6);平成28年9月8日(木)

- 受講申込書①(総括表)と、各受講者ごと申込書②(個人票)を お送りください。
例) 受講者3名の場合、①総括表1枚+②個人票3名分で計4枚をお送りください。
- ①(総括表) ②(個人票)とも、記入例で色付きの箇所を記入してください。

推薦団体等	
団体・部署名	
担当者名	
住所	郵便番号
電話番号	

受講者		
申込番号	氏名	受講希望場所(どちらかに○を)
1		甲府 ・ 大月
2		甲府 ・ 大月
3		甲府 ・ 大月
4		甲府 ・ 大月
5		甲府 ・ 大月

※受講者欄が足りない場合は適宜行を追加してください。

キャラバン・メイト養成講座 受講申込書②(個人票)

申込番号

申込日

月

日

ふりがな			受講日現在
氏名			歳
受講者要件		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. (社)認知症の人と家族の会 会員 5. 1～4に準ずると自治体等が認めた者(下記のいずれか)	
該当するNo.の左 枠に○をつけてく ださい。(いずれ か1つ。複数選択 不可)		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 民生児童委員	
		5-6 その他(ボランティア等)	
自宅住所	〒		
勤務地 名称・住所	勤務先名称		
	〒		
電話		受講希望場所	
FAX		甲府 ・ 大月	
E-mail Address			

※氏名などは間違いがないように、再度ご確認をお願いします。

※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用しません。