

FAX 055-254-8690

山梨県立介護実習普及センター 行

送付枚数

計 _____ 枚

平成30年度キャラバン・メイト養成講座 申込書①(総括表)

申込期限:平成30年11月2日(金)必着 ※両開催日とも同じ申込期限です。

【申込方法】

- (1) 受講申込書①(総括表)・・・各団体の申込担当者が太枠内に記入。
受講申込書②(個人票)・・・受講希望者ごとに記入。(受講希望者1人につき1枚)
例) 受講希望者3名の場合、①総括表1枚+②個人票3名分の計4枚を用意してください。
- (2) 申込担当者は「受講申込書①(総括表)」内の【確認項目】を確認し、ご了承の上、右上枠内に送信枚数を記入してFAX送信してください。
- ※決定通知は行いません。人数調整を依頼時のみ申込期限後1週間を目安に連絡します。
確認が必要な方は11月19日(月)以降に電話でお問い合わせください。

【確認項目】

- 各団体の申込人数の上限はありませんが、定員を超えての申込があった場合は申込期限以降に各団体(申込担当者)へ人数調整を依頼する場合があります。
- 同一団体内に既に複数人キャラバン・メイトがいる場合は申込をお断りする場合があります。

団体名	
申込担当者名	(担当者所属部署名: _____)
住所	〒 _____ ----- -----
電話番号	_____ (内線: _____)
F A X	_____

受講希望者		
申込番号	氏名	受講希望日(場所) *どちらかに○
1		12/12(大月)・1/23(甲府)
2		12/12(大月)・1/23(甲府)
3		12/12(大月)・1/23(甲府)
4		12/12(大月)・1/23(甲府)
5		12/12(大月)・1/23(甲府)

※受講者欄が足りない場合は適宜コピーしてください。

キャラバン・メイト養成講座 申込書②(個人票)

(1)以下の項目を確認し、ご了承の上申込みください。

- この講座受講者は「認知症サポーター養成講座」を必ず開催していただける方(講師をすること)が対象です。個人でのスキルアップ等を目的とした受講はできません。
- キャラバン・メイト養成講座へ参加する前に「認知症サポーター養成講座」を受講をする等、認知症サポーター養成講座の内容を熟知した上で参加してください。

(2)以下太枠内を記入してください。

申込番号	ふりがな		性別	年齢(受講日現在)
申込担当者が記入	氏名		男・女	歳
受講者要件				
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		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(下記のいずれか) 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)		
自宅住所		〒	-	
※1 勤務地 名称・住所		勤務先名称		
		〒	-	
電 話			受講希望日(場所) *どちらかに○	
F A X			12/12(大月) ・ 1/23(甲府)	
E-mail アドレス				

◆記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録します。

※1 勤務先が無い場合は自宅住所での登録となります。

※ 記載された漢字で修了証を交付します。名前の漢字等に間違いがないよう、再度ご確認をお願いします。

※ 登録内容は「認知症サポーターキャラバン」の活動目的以外に使用しません。