

記入例 055-254-8690

山梨県立介護実習普及センター 行

送付枚数

計 4 枚

令和元年度キャラバン・メイト養成講座 申込書①(総括表)

申込期限: 令和元年11月1日(金)必着 ※両開

送信時に申込書①②の合計枚数を記入

【申込方法】

- (1) 各団体の申込担当者は受講申込書①(総括表)太枠内を記入。
- (2) 受講希望者は1人につき1枚受講申込書②(個人票)を記入。
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。
- (3) 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、申込書①(総括表)左下”申込番号”を申込書②(個人票)の申込番号欄へ記入。
- (4) 申込書①(総括表)右上枠内に送信枚数(合計)を記入し、FAXにて送信。

※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18日(月)以降に電話でお問い合わせください。

【確認項目】

確認後、□内に✓

- 各団体の申込人数の上限はありませんが、定員を申込期限以降に各団体(申込担当者)へ人数調整
- 同一団体内に既に複数人キャラバン・メイトがいます。

団体内で申込担当者(申込のとりまとめをする方)を決めて記入してください。
団体内に受講希望者が1名しかいない場合についても必ず連絡がとれる方を記入してください。(受講希望者本人でも可)

団体名	〇〇法人〇〇会 △△△△施設
申込担当者名	山梨 太郎 (担当者所属部署名: 〇〇課)
住所	〒 4■■■ - ×××× □□市 △△△ 1丁目2-12
電話番号	055-〇〇〇-■■■■■ (内線:1234)
F A X	055-〇〇〇-■■■■〇

申込書②(個人票)の申込番号と一致 受講希望者

申込番号 <small>※申込書②へ転記</small>	氏名	受講希望日(場所) <small>*どちらかに○</small>
1	介護 一郎	2/25(大月)・1/21(甲府)
2	福祉 はな子	12/25(大月)・1/21(甲府)
3	山梨 二郎	12/25(大月)・1/21(甲府)
4		12/25(大月)・1/21(甲府)
5		12/25(大月)・1/21(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。

記入例

キャラバン・メイト養成講座 申込書②(個人票)

確認後、□内に✓

(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 <small>申込担当者が記入</small>	ふりがな 氏名	かいご いちろう 介護 一郎	性別 男 女	年齢(受講日現在) 37 歳
申込書①の申込番号と一致(申込担当者が記入)	受講者要件	1. 認知症介護指導者養成研修修了者 2. 認知症介護実践当てはまる要件のうちいずれか1つに○ 3. 介護相談員 4. 認知症の人を対象とした研修(認知症介護実務者研修専門課程)修了者 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)		
	申込書①の申込番号と一致(申込担当者が記入)	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	〒 4△△ - △△△△ 甲府市〇〇町 1-2-3 〇〇マンション 102号室		
※1	勤務地名称・住所	勤務先名称 〇〇法人〇〇会 △△△△施設 〒 4■ ■ - ×××× □□市 △△△ 1丁目2-12		
	電話	055-123-4567	連絡がとれる電話・FAX番号を記載	受講希望日(場所) *どちらかに○
	FAX	055-345-6789		12/25(大月) ・ 1/21(甲府)
	キャラバン・メイトとしての活動予定地	※該当する項目に○(複数選択可) 自宅住所地市町村 ・ 勤務地住所市町村 ・ その他()市・町・村		

◆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、再度ご確認ください。

※ 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。

メイトになった場合に活動する予定の市町村に○