

(様式A)

※養成研修の申込みは、この用紙にご記入のうえ下記にFAXしてください。

締切日：平成28年8月19日(金)(第1回) 平成28年9月30日(金)(第2回)

FAX:059-224-2919 (担当部署 三重県健康福祉部長寿介護課 加藤・村上 行き)

## 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

ふりがな			
氏名	( 歳)		
受講希望日 希望するNo.に○ をつけてください	① 第1回：平成28年9月11日(日)(県庁講堂) ② 第2回：平成28年10月30日(日)(県津庁舎大会議室) ③ 第1回の研修が定員超過のため受講不可である場合、 第2回の研修受講を第2希望とする ※①を選ばれた方で、希望する場合は③にも○をつけてください		
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)	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(認知症介護実務者研修専門課程)の修了者 ③ 介護相談員 ④ 認知症の人を対象とする家族の会 ⑤ 1～5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)		
所属市町村名	市・町		
勤務先住所 (連絡先)	〒 ー 県 市・郡 (勤務先名： )		
電話	FAX(任意)		

※受講決定通知はいたしません。第2希望での決定となった場合、または定員を上回りお断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※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われることはありません。