

※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。(送信状不要)

締切日：令和7年12月22日（月）

F A X : 0 7 9 - 4 2 1 - 2 0 6 3

(加古川市高齢者支援課 長谷・松尾 宛)

No.

(空欄)

受付日：令和 年 月 日

## 令和7年度 キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

「認知症サポーター養成講座」の講師として活動を行うことを目的に、キャラバン・メイト養成研修に申し込みます。（過去に「キャラバン・メイト養成研修」を受講したことがある方は対象外です）

申込日：令和 年 月 日

ふりがな			
氏名	( 歳 )		
受講者要件 該当するNo.に○をつけてください。(複数可)	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会員 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(活動)市町名			
今後の連絡先	自宅・勤務先・学校(いずれかに○をご記入ください) 勤務先・学校の場合、勤務先・学校名：( )		
以下の連絡先は、上で○をつけられた自宅または勤務先の情報についてご記入ください。			
今後の連絡先の情報	住 所	〒 — 都・道・府・県	市・区・郡
	電 話		
	FAX		
	E-Mail		

※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。