**※キャラバン・メイト養成研修は、下記の様式にて 該当の各市町** へ **郵送　又は　FAXでお申し込みください。**

キャラバン・メイト養成研修　受講申込書

 NO.

受付日：令和　　年　　月　　日

 申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名**（修了証に使用します****ので、楷書で丁寧に****ご記入下さい）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 受講者要件該当するNo.に〇をつけてください。（いずれかひとつを選択） | * 次の要件を満たす者で、年間10 回程度を目安に（最低実施数3 回）、

「認知症サポーター養成講座」を原則としてボランティアの立場で行える者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（該当するものに、〇をつけてください）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） |
| 開催を考えているサポーター養成講座 | （講座の対象者）（開催場所） |
| 所属市町名 | 　　　　　　　　　　　　　　市・町＊お勤めの方 → 勤務地の所属市町をお勤めでない方 → 居住地の所属市町を　ご記入ください。 |
| 自宅住所 | 〒　　 　－ |
| 勤務先名 | 　　 |
| 勤務先所在地 | 〒　　 　－ |
| 連　　　絡　　　先 | 電話 | （自宅）　（勤務先）どちらかに○を |
| 携帯電話 |  |
| F A X | （自宅）　（勤務先）どちらかに○を |
| e-mail | （自宅）　（勤務先）どちらかに○を |

※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。