

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

FAX:0794-82-5500

令和4年度三木市認知症キャラバン・メイト養成研修申込書

1. 申込者 令和 4年 月 日

氏名	
生年月日	年 月 日
住所
電話番号	① ②
FAX番号	

2. キャラバン・メイト連絡協議会に登録する連絡先が上記と異なる場合

連絡先名称	
住所	
電話番号	
FAX番号	

3. 受講資格（該当するものに○をつけてください）

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. その他
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、施設職員他）
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）

締切日：令和4年11月11日（金）