

※養成研修受講の申込みは、この用紙にご記入のうえ下記の提出先に送付してください。(電子メール、FAX可)

申込期間: 令和元年7月16日(火)10:00~令和元年8月9日(金)17:00

提出先: 和歌山県認知症サポーターキャラバン事務局

(県庁長寿社会課 長寿社会班) 担当: 浅田

FAX番号: 073-441-2523

E-MAIL: sakaguchi\_m0030@pref.wakayama.lg

No. \_\_\_\_\_

## 令和元年度第1回和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

(開催日: 令和元年9月9日(月)、開催場所: 和歌山ビッグ愛 801・802会議室(和歌山市手平二丁目1番2号))

申込日: 令和元年 月 日

ふりがな			
氏名	( 歳 )		
職業 (現職または前職に○)	( 現職 ・前職 )		
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の修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修(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. 上記に準ずる者 (該当に○をつけてください) 行政職員[ A 保健師 B その他専門職( ) C 一般職] D 地域包括支援センター職員 E 在宅介護支援センター職員 F 介護支援専門員 G 医師 H 看護師 I 認知症ケア専門士 J その他( ※ボランティア等		
連絡先	住所 [自宅・勤務先] いずれかに○	〒 _____	_____ 市・区・郡
		_____ 都・道・府・県	( 勤務先名: _____ )
	電話		
	FAX		
	E-Mail		
受講決定通知の送付方法		・電子メール希望    ・FAX希望    (いずれかに○)	

※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。