

# 札幌会場

※必要事項をご記入の上、下記のあて先まで郵送してください。

**令和元年9月6日(金) 必着**

<あて先> 〒060-8588 札幌市中央区北3条西6丁目  
北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課地域包括ケアグループ

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

受付日: 令和 年 月 日

## キャラバン・メイト養成研修受講申込書

※太枠の中をご記入ください。

申込日: 令和 年 月 日

ふりがな			
受講者氏名・年齢	( 歳 )		
職業 (現職または前職に○)	( 現職 ・ 前職 )		
勤務先			
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(平成 年度修了) 3. 市町村が実施する介護相談員等派遣事業により介護相談員に登録されている方 4. 公益社団法人認知症の人と家族の会 会員 (家族の会名称: ) 5. 認知症の基本的知識があり介護経験が概ね5年以上の方 (実務経験年数 年 : 実務従事施設種別 ) 6. ア~カのいずれかに該当し、認知症の基本的知識を有する方 (該当するものに○をつけてください) ア 行政職員(保健師、一般職等) イ 地域包括支援センター職員 ウ 介護従事者(ケアマネージャー、施設職員、在宅介護支援センター職員等) エ 医療従事者(医師・看護師等) オ 民生児童委員 カ その他( )		
受 講 者 連 絡 先	住 所 〔自宅・勤務先〕  ※必ずいずれかに○を記載、勤務先の住所の場合は所属先まで記載願います。	〒 ー	市・町・村
	電話番号		FAX番号
	E-Mail		

※1 連絡先は必ずご記入ください。

※2 研修修了後、受講申込書に基づき「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録されますので、誤りがないようご確認ください。