

FAX: 03 - 3578 - 2419

港区役所高齢者支援課高齢者相談支援係 行

キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	() 歳 令和6年7月28日時点
受講者要件 該当するNo.に○ をつけてください (いずれかひとつ を選択)	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 1～4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)
勤務先住所	〒 ー 都・道・府・県 市・区・郡 (勤務先名)
勤務先電話	
勤務先FAX	
勤務先E-Mail	
所属名	

※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。