認知症キャラバン・メイト　　　　　　　 大阪介護福祉士会

養成研修参加申込書(締切10月23日必着)　FAX06-6766-3632

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 該当する要件（いずれかひとつを選択）※該当する№に○をしてください。 | | | |
| 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（実務者・専門課程）研修修了者  ３　介護相談員  ４　認知症の人を対象とする家族の会  ５‐１　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） | | | |
| 所属(勤務先等) |  | | |
| 住所 | 〒　　　　－ | | |
| TEL |  | | |
| FAX |  | | |
| E-mail |  | | |

※太枠の中は必須事項です。必ずご記入ください。

この申込書の記入内容は、全国キャラバン・メイト連絡会に登録されますことをご了承ください。