

認知症キャラバン・メイト
養成研修参加申込書



大阪介護福祉士会
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No.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。