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1１月１６日必着)　FAX06-6766-3632

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| □会員（会員番号　　　　　　　　）　賛助会員（法人名　　　　　　　　　　　）　　一般 |
| 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） |
| E-mail |  |
| 所属(勤務先等) |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| TEL |  |
| FAX |  |

※太枠の中は必須事項です。必ずご記入ください。所属がある方は太線以下の内容も必ず記入ください。

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。

※できましたらQRコード、URLで申し込みいただけますと有難いです。