

令和5年度 山形県認知症キャラバン・メイト養成研修会
受 講 申 込 個 別 票

別紙2

- ※受講申込者が個々に記入し、所属団体の担当者あて提出してください。
 ※受講出来る人数に限りがありますので、受講申し込みをされても、受講出来ない場合がありますのでご了承ください。
 ※受講の可否については、申込団体を通じてご連絡いたします。
 ※他の受講希望者の迷惑になりますので、安易な申込・取消はご遠慮願います。
 ※受講いただいた場合、原則としてキャラバン・メイトに登録させていただきますので、あらかじめご承知おきください。
 ※昼食は各自ご準備ください。幹旋等はいりません。

申込日:令和 年 月 日

ふりがな					
氏 名					
生年月日	年 月 日	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
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研修(認知症介護実務者研修専門課程)修了者 ☐ 3 介護相談員 ☐ 4 公益社団法人 認知症の人と家族の会会員 ☐ 5 行政職員(保健師、一般職等) ☐ 6 地域包括支援センター職員 ☐ 7 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) ☐ 8 医療従事者 ☐ 9 民生委員・児童委員 ☐ 10 その他(↓具体的にご記入ください) []				
登 録 先 住 所	〒				
電話番号			FAX番号		
E-mail アドレス					
勤 務 先 (登録先とする場合のみ記入)					
受講希望会場 (いずれかに○)	☐ 1 庄内会場 (7月6日/庄内町)		☐ 2 村山会場 (11月1日/山形市)		
受講動機					