

FAX : 025-281-7710  
公益社団法人新潟県介護福祉士会 宛  
(送信票不要。本票のみご送信ください)

申し込み締め切り：令和3年3月5日（金曜）

令和2年度新潟市キャラバン・メイトフォローアップ研修参加申込書

申し込み日：令和3年 月 日

氏名	
所属	ご所属名： ※ご所属が無い場合は未記入で結構です
	ご所属名を当日受講者名簿に掲載しても良いですか？ <input type="checkbox"/> 掲載可 ・ <input type="checkbox"/> 不可（当日受講者名簿では空欄とさせていただきます）
定員超過の場合の 連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール ※連絡先番号・アドレス ( )
メイトID	新潟— —
講座開催実績	あり（年 回程度開催） ・ なし

☆認知症サポーター養成講座の運営方法についてなど、日頃の活動の中で聞いてみたいことがありますら、ぜひご記載ください。当日講義の参考とさせていただきます。  
(具体的に教えて頂けますようお願いいたします)

例：「講座の中でグループワークはどのタイミングで入れると良いですか？」

「会場全体の雰囲気をよくするための工夫やポイントが知りたいです」など

---

---

---

※郵送の場合の送付先

〒950-0994 新潟市中央区上所2丁目2番2号  
新潟ユニゾンプラザ3階

公益社団法人新潟県介護福祉士会（電話：025-281-5531）

※Eメールの場合

kaigo@sage.ocn.ne.jp