FAX：025-281-7710　 mail: kaigo@sage.ocn.ne.jp

申込締切日:令和7年１０月20日 （月）

令和７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

申込日：令和７年　　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （氏名にはふりがな記載）  　メイトID　氏名 | 新潟―　　　　　　―　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住　　所  （関係書類送付先） | 〒 |
| 所　属　先 | ご所属名（勤務先等）  （※現在、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？   * 掲載可　・　□　不可（当日受講者名簿では空欄とさせて頂きます） |
| 日中の連絡先  （所属先で構いません） | * 勤務先電話または携帯電話番号　→ * mailアドレス→ |
| 認知症サポーター  養成講座の開催実績 | 経験あり　（過去に　　　　　　回開催）　　　・　　　　　　経験なし |

○認知症サポーター養成講座の実施方法についてなど、日頃のメイト活動の中で聞いてみたいことがありましたら、ぜひ下欄にご記載ください。当日講義の参考とさせて頂きます。（具体的に記載してください）

記載例：「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良くするための工夫やポイントが知りたいです」など　etc.

申込・連絡先

〒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

新潟市認知症サポーター・キャラバン事業事務局　（公益社団法人新潟県介護福祉士会）

担当　真保（しんぼ）　電話：025-281-5531　FAX:025-281-7710　　mail:kaigo@sage.ocn.ne.jp