

締切日： 令和5年7月7日（金）

（公益社団法人新潟県介護福祉士会 行）

No. _____

FAX:025-281-7710

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

TEL:025-281-5531

E-mail: kaigo@sage.ocn.ne.jp

令和5年度新潟市キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込日： 年 月 日

| | |
|--|--|
| ふりがな | |
| 氏 名 | (歳) |
| 所属市町村名 または 所属都道府県名 | 新 潟 市 |
| 住 所 (連絡先) | 〒 ー 県 市 区 (勤務先名:) |
| 電 話 (日中、連絡のつくご連絡 先) | |
| FAX | |
| メールアドレス | |
| 受講理由 | |
| 受講者要件 市内在住又は在勤の方で下記に該当し、年間3回以上講座が開催できる方。 | |
| 該当するNo.いずれかひとつに○をつけてください。 (必須) | 1. 認知症介護指導者養成研修の修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修(実務者研修・専門課程)の修了者 3. 介護相談員 4. 認知症の人を対象とする家族の会(例:(社)認知症の人と家族の会 会員 等) 5. 1~4に準ずると自治体等が認めた者(該当するものに○をつけてください) 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(例:ボランティア 等) |
| 研修修了後の認知症サポーター養成講座開催計画 (必須) | (開催を予定している団体を記入) 記入例: ○○小学校 ○月 |

※受講決定については、7月14日(金)をめどに通知をもってお知らせいたします。

※記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容となります。

記載漏れのないようご注意ください。