

(別紙)

沖縄県 子ども生活福祉部 高齢者福祉介護課 介護企画班 杉田あて 〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 FAX : 098-862-6325 (FAX送信票は不要です) メール: aa021156@pref.okinawa.lg.jp
--

**平成29年度 沖縄県キャラバン・メイト養成研修 申込書**

私は、3月1日(木)に開催される研修に参加し、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトとして活動することを希望します。  
また、認知症キャラバン・メイト事務局業務に限り、私の個人情報の共有等に同意します。

氏名及び 生年月日※ ※キャラバン・メイト登録 の際に使用します	氏名	生年月日
	(ふりがな)	
住所 (連絡先)	〒	—
	電話番号 :	
	FAX番号 :	
E-mail		
勤務先	勤務先名	
	住所	〒 —
	電話番号	
	FAX番号	
認知症キャラバン・メイト養成研修受講要件 ※該当するものすべてにチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修修了者 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー(実務者)研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護相談員 <input type="checkbox"/> 認知症の当事者及び家族の会 会員 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 介護従事者(ケアマネージャー、施設職員等) <input type="checkbox"/> 医療従事者(医師、看護師等) <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 認知症に関する基本的な知識や介護経験等があり、上記に準ずると認められる方  (理由 : )	

申込期限 : 平成30年1月31日(水)までにメールまたは郵送、FAXにてお申し込み下さい。

※FAXにて申込を行う場合は、送信後に確認のため、電話連絡をお願いいたします。