**※養成研修受講の申込は、この用紙にご記入のうえ、下記提出先に電子メールで送付してください。**

**申込期限：令和５年９月２２日（金）１７：００**

提出先：和歌山県認知症サポーターキャラバン事務局

（県庁長寿者会課長寿社会班）　担当：浅田、柏木

|  |  |
| --- | --- |
| **Ｅ－ＭＡＩＬ：** | **sakaguchi\_m0030@pref.wakayama.lg.jp** |

Ｎｏ．

**令和５年度　和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日： | 紀北会場　令和５年１０月２４日（火） | 紀南会場　令和５年１１月１６日（木） |
| 開催場所： | 県民交流プラザ・和歌山ビッグ愛　８０１・８０２会議室（和歌山市手平２丁目１－２） | 田辺スポーツパーク　多目的ホール（田辺市上の山一丁目２３番１－１号） |

申込日：令和５年　月　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望日 | [ ] 紀北会場 | [ ] 紀南会場 |
| 令和５年１０月２４日（火） | 令和５年１１月１６日（木） |
| ※どちらも参加可能な場合は、両方に☑をしてください。 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  | （ |  | 歳 | ） |
| 職業 |  | [ ] 　現　職　[ ] 　前　職　　（いずれかに☑） |
| 受講者要件該当するものに☑をしてください。 | [ ] 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 |
| ５．上記に準ずる者 |
|  | 行政職員　[[ ] 保健師　[ ] その他専門職（　　　　　　　　）[ ] 一般職　] |
|  | [ ] 地域包括支援センター職員　　[ ] 在宅介護支援センター職員　 |
|  | [ ] 介護支援専門員　　[ ] 医師　　[ ] 看護師　　[ ] 認知症ケア専門士 |
|  | [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ボランティア等） |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |  | － |  |  |
|  |
| （[ ] 自宅　[ ] 勤務先） |
| （いずれかに☑） | 勤務先名： |  |
| ※複数人申し込みの場合、同一事業所内における優先順位（ |  | 人中 |  | 位） |
| 電話 |  | **※左記以外で当日連絡がとれる電話番号** |
|  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ＭＡＩＬ | ※受講決定通知の送付先 |
|  |

**※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。**

**※台風等の天災により急遽中止する場合は県ホームページに掲載します。**