

令和8年度キャラバン・メイト養成研修申込書

ふりがな		性別	
氏名		年齢	歳
現有資格 ・ 所属等	該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。 ※ 該当するものに1つ○をしてください。(複数選択しないでください。)		
	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(旧専門課程)の修了者	→ 修了年:	平成 年
	3 介護相談員		
	4 認知症の人と家族の会会員		
	5-1 行政職員(保健師、一般職等)	→ 職種:	
	5-2 地域包括支援センター職員	→ 職種:	
	5-3 介護従事者 (ケアマネジャー、事業所・施設職員等)	→ 職種: 職場:	
	5-4 医療従事者 (医師、看護師等)	→ 職種: 職場:	
	5-5 民生児童委員		
5-6 その他(ボランティア等)	→ 所属等:		
登録市町村	市町村 ※ 本研修修了後、キャラバン・メイトとして活動される市町村を1箇所記入してください。		
連絡先	連絡先の種別に○をつけ、住所等について記入してください。 1 自宅 2 勤務先 (勤務先名:) ※ 市町村等からの問い合わせ時に必ず連絡が取れるところを記入してください。 郵便番号(〒) 住所: 電話: FAX:		
駐車場利用 希望の有無	有・無 ※ 会場までは、できるだけ公共交通機関を利用してください。		

令和8年度キャラバン・メイト養成研修を受講したいので、以下の点を了承の上、上記のとおり申し込みま

- ・ 上記個人情報は、キャラバン・メイトの登録を行う目的で、全国キャラバン・メイト連絡協議会に提供されること

令和 年 月 日

氏名

※ 個人情報は、研修実施及びキャラバン・メイト登録以外には使用しません。