

平成28年度 田川市キャラバン・メイト養成研修 申込書

申込書記載事項は「田川市キャラバン・メイト管理簿」及び「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容になります。住所などの記載を拒否される場合(Aの承諾がない場合)は、キャラバン・メイト養成研修は受講できません。但し、記載事項はキャラバン・メイト養成研修の開催及びキャラバン・メイトの活動支援以外の目的で利用することはありません。

申込み日 年 月 日

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	〒 ー	
	電話番号:	FAX番号:
メイト登録市町村	田川市	
勤務先	勤務先名	
	〒 ー	
	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の修了者 <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"/> 認知症の人を対象とする家族の会の人 <input type="checkbox"/> 行政職員保健師、一般職等) <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"/> その他(例:ボランティア団体)	
(A)記録時候登録の承諾	<input type="checkbox"/> 申込書記載事項を確認し、申込をします。	
申込み 問い合わせ	田川市 市民生活部 高齢障害課 地域包括支援センター 原田(さ) 進藤 〒825-0016 田川市新町11-47 TEL:0947-42-9420 FAX:0947-42-9433 郵送、または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。 ※お申込受付は先着順とし、定員になり次第締め切らせていただきます。	