**申込先　（申込期間　～10/９　（定員になり次第終了））**

**南魚沼地域振興局健康福祉環境部地域保健課（担当：羽田）　宛**

**住所：〒949-6680　南魚沼市六日町620番地２**

**FAX：025-772-2190　E-mail：ngt111630@pref.niigata.lg.jp**

**令和７年度　キャラバン・メイト養成研修　受講申込書**

申込日　令和７年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏　名 | （　男 ・ 女　） | |
| 年　齢 |  | |
| 職　業 |  | |
| 受講者要件  （該当に〇、  複数可） | １．認知症介護指導者養成研修修了者  ２．認知症介護実践リーダー研修（認知症介護実務者研修専門課程）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．上記に準ずると市町村長が認めた者  　ア　行政職員（保健師、一般職等）  イ　地域包括支援センター職員  ウ　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）  エ　医療従事者（医師、看護師等）  オ　民生児童委員  カ　その他（ボランティア等） | |
| 勤 務 先 |  | |
| 自宅連絡先  （登録内容） | 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

* **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。**