

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○、 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。