

福井県 長寿福祉課 在宅ケア推進グループ 齊藤 行

〒910-8580 福井県福井市大手 3-17-1

FAX:0776-20-0642

TEL:0776-20-0332

E-mail:k-saitou-ih@pref.fukui.lg.jp

平成 28 年度福井県キャラバン・メイト養成研修(嶺南会場)受講申込書

申込日:平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	(歳)
受講者要件	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(実務者・専門課程)研修修了者 3:介護相談員 4:認知症の人を対象とする家族の会
※該当する番号に○をつけてください。(いずれか一つ)	5-1:行政職員(保健師・一般職等) 5-2:地域包括支援センター職員 5-3:介護従事者 (ケアマネージャー、施設職員、在宅介護支援センター職員等) 5-4:医療従事者(医師、看護師等) 5-5:民生児童委員 5-6:その他(ボランティア等)
登録先となる方に○をつけてください(左欄) 登録先はご自宅、勤務先のいずれか片方をお願いします。	
ご自宅	住所 〒 - 電話 () - FAX () - E-mail []
勤務先	住所 〒 - 勤務先名称 電話 () - FAX () - E-mail []

※登録先の記載事項は「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。
登録は必須です。