

※養成研修の申込みは、この用紙にご記入のうえ下記にFAXしてください。（送付状不要）

締切日：令和 7 年 9 月 10 日（水）

FAX: 078 - 271 - 5366

（神戸市社会福祉協議会 福祉部福祉事業課 木村 宛） No. _____

受付日：令和 年 月 日

令和7年度 神戸市キャラバン・メイト養成研修受講申込書

「認知症サポーター養成講座」の講師として活動を行うことを目的に、キャラバン・メイト養成研修に申し込みます。（過去に「キャラバン・メイト養成研修」を受講したことがある方は対象外です）

申込日：令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	(歳)
職 業 (現職または前職に○)	(現職 ・ 前職)
受講者要件 該当するNo.に○ をつけてください (複数可)	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（認知症介護実務者研修専門課程）の修了者 3. 介護相談員 4. (社)認知症の人と家族の会 会員 5. 1～4に準ずると自治体等が認めた者（該当するものに○をつけてください） 行政職員〔A 保健師 B その他専門職 () C 一般職〕 D 地域包括支援センター職員 介護従事者〔E ケアマネジャー F 施設職員 G その他 ()〕 医療従事者〔H 医師 I 看護師 J その他 ()〕 K 民生委員・児童委員 L その他 ()
今後連絡を希望する先の情報	自宅 ・ 勤務先 (いずれかに○をご記入ください)
	〒 市・区・郡
	都・道・府・県
	勤務先の場合 勤務先名称： (
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。