別紙

山口県キャラバン・メイト フォローアップ研修申込書

令和５年（2023年）　　月　　日

　標記研修会に、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 所属市町 |  |
| 受講者職種該当するNo.に○をつけてください(いずれかひとつ選択） | １　認知症介護指導者養成研修の修了者２　認知症介護実践研修(実践リーダー研修）の修了者３　介護相談員４　認知症の人と家族の会や認知症を支える会連合会の会員５　上記に準ずると認められる者**(該当する番号に○をつけてください）** 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(介護支援専門員、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・小中学校関係者等・その他家族会） |
| 連絡希望先勤務先または自宅 |  ○で囲んで下さい　　　勤務先　／　自宅住所　　※必ず記載してください。 |
| 　勤務先の住所を記入される場合は、勤務先名もご記入下さい〒　　　　（住所）（勤務先名） 電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【認知症サポーター養成講座に関する事前アンケートにご協力ください】

|  |
| --- |
| 実際の講座を開催したことがありますか。　　　　ある　　・　　ない＊実際の講座で、講師をしたことが「**ある方**」にお尋ねします。◆ 講師をして、困ったことがありますか？ 具体的にお書きください。◆講座の企画・運営等で工夫していることをお書きください。 ＊実際の講座で、講師をしたことが「**ない方**」にお尋ねします。 ◆その理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。　　　１ 講座の機会がなかった 　　　　２ 講座の日程が合わなかった　　　３ 講師をすることに自信がなかった　４ その他 ◆どのようにすれば講座を開催する(講師をする)ことができると思いますか？ |

申込締切　令和５年１２月２２日（金）まで