山口県ホームページからお申込みください。

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/ques/questionnaire.php?openid=194>

上記URLから申し込めない場合は、ＦＡＸにてお申し込みください。

**申込先 ： FAX　　０８３５（２５）４７８１　　担当：井田**

**令和７（２０２５）年度「キャラバン・メイト養成研修」参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | （修了証を作成のため、氏名は正確にご記入ください） |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　　歳） |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 自宅 | 〒　　　　　　―  ＴＥＬ：　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　携帯：　　　　　　　（　　　　　　　）  ＦＡＸ：　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　メール： |
| 職場 | 事業所名：  〒　　　　　　―  ＴＥＬ：　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　ＦＡＸ：　　　　（　　　　　　　）  メール： |
| 登録連絡先 | １つ選択　（　　自宅　　・　　職場　　） |
| 登録自治体 | （　　　　　　　　　　　）市・町 |
| 参加者の状況  （いずれか一つに○をつけてください） | 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  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） |

◎受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該研修に関する通知等の送付及び研修に関する連絡、研修受講の際の本人確

　認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。

◎ご提供頂いた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用しません。

◎上記につきまして、不都合な点がございましたら、お手数ですが担当者までお申し出ください。

　【個人情報に関するお問合せ先】　公益社団法人　認知症の人と家族の会　山口県支部　事務局　　　TEL：083-925-3731