**令和５年度　山形県認知症キャラバン・メイト養成研修会　受講申込書**

**団体 🡪 山形県地域包括ケア総合推進センター あて　e-mail　yamagata-hokatukyo@y-hzk.com**

**（ メールが難しい場合　ＦＡＸ：０２３－６７６－６７６８）**

別紙１

※各団体の担当者の方が、とりまとめのうえ記入してください。

（受講希望会場ごとに分けて申し込んでください。）

※会場の収容可能人数等により定員を設定しております。受講申込者が複数の場合は、団体内での優先順位を付してください。

※他の受講希望者の迷惑になりますので、安易な申込・取消はご遠慮願います。

※この申込書は、主としてメール（ＦＡＸも可）で、受講申込個別票を添付のうえ提出してください。

（**締切日必着**）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望会場  (いずれかに) | １　庄内会場  ７/６（木） 庄内町 | ２　村山会場  １１/１（水)山形市 |
| **申込締切日** | **令和５年６月２２日（木）** | **令和５年１０月１８日（火）** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 | |  | | | |
| 担当部署名 | |  | | | |
| 担当者職名 | |  | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | |
| FAＸ番号 |  | | |
| E-mailアドレス |  | | |
| 受講申込者数 | | 名 | | 申込日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 優先順位 | 受講申込者氏名リスト | | | | 申　込　者　区　分 |
| ① | ふりがな |  | | | 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修了者  ３　介護相談員  ４　認知症の人と家族の会会員  ５　行政職員  ６　地域包括支援センター職員  ７　介護従事者  ８　医療従事者  ９　民生委員・児童委員  10その他 |
| 氏　名 |  | | |
| ② | ふりがな |  | | | 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修了者  ３　介護相談員  ４　認知症の人と家族の会会員  ５　行政職員  ６　地域包括支援センター職員  ７　介護従事者  ８　医療従事者  ９　民生委員・児童委員  10その他 |
| 氏　名 |  | | |
| ③ | ふりがな |  | | | 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修了者  ３　介護相談員  ４　認知症の人と家族の会会員  ５　行政職員  ６　地域包括支援センター職員  ７　介護従事者  ８　医療従事者  ９　民生委員・児童委員  10その他 |
| 氏　名 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受講申込者が個々に記入し、所属団体の担当者あて提出してください。  **令和５年度　山形県認知症キャラバン・メイト養成研修会**  **受講申込個別票**  別紙２  ※受講出来る人数に限りがありますので、受講申し込みをされても、受講出来ない場合がありますのでご了承ください。  ※受講の可否については、申込団体を通じてご連絡いたします。  ※他の受講希望者の迷惑になりますので、安易な申込・取消はご遠慮願います。  ※受講いただいた場合、原則としてキャラバン・メイトに登録させていただきますので、あらかじめご承知おきください。  ※昼食は各自ご準備ください。斡旋等は行いません。 | | | | | | | |
| 申込日：令和　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | | 歳 | | 性別 | 男　・　女 |
| 該当するNo.にをしてください | 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　公益社団法人　認知症の人と家族の会会員  ５　行政職員（保健師、一般職等）  ６　地域包括支援センター職員  ７　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）  ８　医療従事者  ９　民生委員・児童委員  １０その他（↓具体的にご記入ください）  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | |
| 登録先住所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | FAＸ番号 | | |  | |
| E-mailアドレス |  | | | | | | |
| 勤務先  （登録先とする場合のみ記入） |  | | | | | | |
| 受講希望会場  (いずれかに○) | １ 　　　　　　庄内会場  （７月６日/庄内町） | | | | ２　　　　　　村山会場  （１１月１日/山形市） | | |
| 受講動機 |  | | | | | | |