

(様式 A)

※養成研修の申し込みは、下記の TEL、FAX または二次元コードからお申込みください。

締切日：令和 8 年 9 月 1 8 日（金）

提出先：長浜市社会福祉協議会

（担当：内貴、久保田、桐畑）

TEL：0749-62-1804

FAX：0749-62-1834



受付日：令和 年 月 日

キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	(歳)
受講者要件 該当する No. に○を つけてくだ さい (いずれか ひとつを選 択)	1. 認知症介護指導者養成研修の修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修（実務者研修・専門課程）の修了者 3. 介護相談員 4. 認知症の人を対象とする家族の会 5. 1～5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） 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)
住所 (連絡先)	〒 ー 滋賀県長浜市 (勤務先名：)
電話	
F A X	