

申込書(キャラバン・メイトフォローアップ研修用)

※研修の申込みは、この用紙のすべての項目にご記入のうえ郵送してください。

締切日:平成22年10月1日(金)(消印有効)

郵送先:〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1 埼玉県高齢介護課介護予防担当 行

封筒表面に、赤字で『キャラバン・メイトフォローアップ研修受講申込書』と記入してください。

No.

キャラバン・メイトフォローアップ研修受講申込書

申込日:平成 年 月 日

ふりがな		キャラバン・メイト ID	
お名前	Ⓜ	※ キャラバン・メイト養成研修修了証右上に印字されている「キャラバン・メイトNo.」をご記入ください	記入例:埼玉-20-9999

以下の住所は受講決定通知をお送りするためにご記入いただくものです。ご自宅、職場のいずれかを記入してください。

自宅・職場 ※○をつけてください

ご住所	〒	—	都・道・府・県
		市・区・郡	
		※職場の場合(職場名:)	
電話番号 (日中連絡のとれる連絡先)			
FAX番号			
主な活動市町村名	※ひとつだけ記入してください。		

認知症サポーター養成講座実施回数	回	※申し込み日時点の実施回数を記入してください。
上記のうち小中学生向け講座実施回数	回	※申し込み日時点の実施回数を記入してください。
今後の小中学生向け講座の具体的な実施予定はありますか？	ある・ない	※ 該当する方に○をつけてください。
小中学生向け講座で使用できるツール(寸劇のシナリオ・紙芝居等)で今回の研修に提供していただけるものはありますか？	ある・ない	※ 該当する方に○をつけてください。
市町村から照会があった場合、今回の研修修了者としてお名前、キャラバン・メイトID・ご連絡先電話番号を公表することに同意していただけますか？	同意する・同意しない	※ 該当する方に○をつけてください。
講師に質問がありましたらご自由にお書きください。		

※ ご記入いただきありがとうございます。研修1週間前までに受講の可否を全員に郵送で連絡します。

※ お預かりした個人情報(キャラバン・メイト連絡会以外)には使用いたしません。