

令和8年度 京都市キャラバン・メイト養成研修受講申込書

※下記、必要事項を全てご記入ください。

フリガナ			
氏名	生年月日	年	月 日
あなたの職種等 ※該当する番号の いずれかひとつに ○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)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()		
所属の 事業所名	法人名	事業所名	
事業所種別 ※該当する番号に ○をつけてください	1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援 3 訪問介護(夜間対応型含む) 4 訪問看護 5 訪問リハ 6 通所介護(認知症対応型含む) 7 通所リハ 8 小規模多機能型居宅介護 9 グループホーム 10 短期入所生活・療養介護 11 介護老人福祉施設 12 介護老人保健施設 13 介護療養型医療施設 14 市・区社協 15 行政 16 その他(ボランティア等) ()		
所属住所	〒 () 京都市 区		
所属連絡先	TEL	FAX	
	e-mail		
自宅住所	〒 ()		
自宅連絡先	自宅・携帯	e-mail	
登録包括エリア ※別紙4を参照に 活動するエリアを 選択してください。	() 区 () 地域包括支援センター エリア		
所属事業所内 キャラバン・メイト について	あなたが所属する事業所内のキャラバン・メイト数をお書きください。() 名		

*記載いただいた個人情報、本事業以外の目的には一切使用しません。

*認知症サポーター講座開催企画書兼同意書(別紙3)を添えてお申込みください。

*手話通訳、要約筆記、車いす席を御利用の方はお知らせください。

**令和8年度 京都市キャラバン・メイト養成研修
認知症サポーター養成講座開催企画書兼同意書**

<企画書>

受講者 および 人数	受講団体名	
	対象者	
	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政	計 名
開催予定日	※企画期間: 令和8年8月1日～令和9年3月31日 令和 年 月 日()	
予定時間帯	午前／午後 時 分～ 午前／午後 時 分	
開催予定会場	会場名	
	場所(住所・最寄駅) 京都市 区	

<同意書>

下記の事項に同意し、「キャラバン・メイト養成研修」の受講申込を行います。

- 1 研修終了後、令和8年度中に上記の開催企画書に基づき講座を開催します。
- 2 研修終了後、登録者の情報を認知症サポーター養成講座の実施を目的として、区社会福祉協議会、区役所・支所保健福祉センター、地域包括支援センター等に提供されることを了承します。
- 3 年間3回以上、認知症サポーター養成講座を実施します。
- 4 研修終了後、登録者が異動・転職・退職・転居・改姓の際は京都市長寿すこやかセンターに連絡します。

以上の事項について

同意します

・

同意しません

氏名

* 同意しますに○印がない場合は、書類不備とみなします。