**令和６年度　京都市キャラバン・メイト養成研修受講申込書**

（別紙２）

※下記、必要事項を**全て**ご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | 　年　　　　月　　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 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は、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。**

京都市長寿すこやかセンター （Ｅメール：sukoyaka.info@hitomachi-kyoto.jp）**令和６年５月２４日（金）午後５時まで**

（別紙３）

**令和６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６年７月１日～令和７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６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。**