**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](mailto: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。**