

FAX 送付先 **デイサービス昭和館 宛**

06-6655-5671

2019 大阪市キャラバン・メイト行動観察方式（AOS）研修申込書

記入日 2019 年 月 日

フリガナ		印	性別	年齢
名前			男・女	歳
メイト ID				
自宅住所				
勤務先名				
勤務先所在地				
職種・役職				
免許・資格				
日中の連絡先	—	—	（自宅・職場・携帯）	
ファックス番号	—	—	（自宅・職場）	
メールアドレス				
応募要件 該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大阪市在住または在勤のキャラバン・メイト <input type="checkbox"/> ステップアップ講座指導者養成研修の修了者 <input type="checkbox"/> 地域で継続した活動の展開を目指している者			
メイト活動歴	認知症サポーター養成講座の講師役を単独で務めた経験			有・無
	オープン講座を開催して講師役を務めた経験			有・無
認知症介護経験	医療職として経験あり・介護職として経験あり・家族として経験あり			
活動事例	あなたが地域で実践した認知症支援を一つ紹介してください。			

記載に不備や不足がある場合は、受講できません。

申込書により知り得た個人情報については、当研修の開催に関することにものみ使用します。