**別記様式１**

**千葉県認知症コーディネーター養成研修受講申込書**

　　千葉県知事　 熊 谷 俊 人　 様

　私は、募集要項に定める受講対象者の要件について理解した上で、下記のとおり申し込みます。

年　　 月　　 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏  名 | （ふりがな） |  | 職  種 |  |
| 生年月日 | （Ｓ・Ｈ　　 年　　 月　　 日） |
| 所  属 | 名 称 | | 【重要】募集要項２（１）イ※に  該当される方は下記に詳細を記載 | |
| 所在地 | | 研修修了年度：　　　年度  研修名： | |
| 連絡先  電話：　　　　　　　　　 FAX：  メールアドレス  緊急時連絡先 | | 認知症支援の経験年数  （令和３年７月末現在）  　　　　　年　　　　か月 | |
| ①　受講の動機 | | | | |
|  | | | | |
| ②　認知症支援に関する日常業務の内容・頻度 | | | | |
|  | | | | |
| 現在、当該地域の連携体制構築にどうかかわっているか御記入ください。 | | | | |
|  | | | | |
| ③　研修に期待すること | | | | |
|  | | | | |
| ④　認知症の人と家族への支援の中で考えていること | | | | |
|  | | | | |
| 当該地域の連携体制構築にどう携わっていくのか今後の抱負を御記入ください。 | | | | |
|  | | | | |
| 〇所属長の確認欄【本書に所属長の署名をいただいた上で、申し込んでください。】  　・申込者は、募集要項に定める受講対象者の要件を満たしています。  　・また、①本研修の受講、②千葉県認知症コーディネーターとして活動すること、  ③修了証交付後、所属機関名をホームページ上に公表することについて了承します。  　　　（所属長）職名：　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： | | | | |

　　　※提供いただいた個人情報は、研修に関すること以外には使用いたしません。