**岩手県高齢者総合支援センター　櫻田　あて**

別紙3

**令和６年度岩手県チームオレンジコーディネーター**

**養成研修受講申込書**

**【FAX：019-625-7494】＊添書不要**

**令和　　　　年　　　　月　　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村名 |  |
| 所属 |  | 所属先住所 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 担当者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| ※申込日に〇をしてください。（　　　）【第１回】令和６年８月９日　　　（　　　）【第２回】令和６年１０月２３日 |
| 受講者 | 所属 |  | 資格 | ①ｷｬﾗﾊﾞﾝ・ﾒｲﾄ　 ②認知症地域支援推進員③ｷｬﾗﾊﾞﾝ・ﾒｲﾄかつ認知症地域支援推進員④　その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| 職名 |  | 氏名 |  |
| 所属 |  | 資格 | ①ｷｬﾗﾊﾞﾝ・ﾒｲﾄ　 ②認知症地域支援推進員③ｷｬﾗﾊﾞﾝ・ﾒｲﾄかつ認知症地域支援推進員④　その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| 職名 |  | 氏名 |  |
| チームオレンジの設置状況について | ①設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②設置予定（名称： 　　　　　　　　　　　　　 　　　　設置(予定)時期：　　　　　　　　　　　　　　）③検 討 中④未 定 |

＊　必要事項をご記入のうえ、**令和６年８月２日**（金）まで**にＦＡＸ**にてお申込み願います。（先着順）

なお、定員を超えた場合は人数調整する場合があり、受講できない場合のみ事務局から連絡します

ので、ご了承のほどお願いします。

＊　複数名でご受講される場合は、申込書を複数枚ご使用ください。

＊　申込書に記入いただいた個人情報は、研修の運営及び修了証書作成のみに使用します。

お問い合わせ

 岩手県高齢者総合支援センター

住所：盛岡市本町通三丁目１９-１

TEL：０１９-６２５-７４９０　（担当 櫻田）