オレンジパートナーネットワーク

個人参加登録申請フォーム

* ウェブサイト上に掲載された新着情報や、認知症に関する会議やイベント、

神奈川県の施策に関する情報提供を希望する方は、本フォームにご入力の上、ご申請ください。

■氏名（必須）

|  |
| --- |
|  |

■フリガナ（必須）

|  |
| --- |
|  |

■性別

男性　女性　その他

■生年月日（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| 昭和  　平成 | 年　　月　　日（　　歳） |

■所属（ある場合のみ）

|  |
| --- |
|  |

■住所（必須）

|  |
| --- |
| 〒 |

■電話番号（必須）

|  |
| --- |
|  |

■ファクシミリ

|  |
| --- |
|  |

■メールアドレス（必須）

※県の施策や認知症に関する情報等をお送りすることがあります。

|  |
| --- |
|  |

■以下、受講状況をご回答ください。（複数回答可）（必須）

認知症サポーター養成講座

キャラバン・メイト養成講座

※キャラバン・メイトIDがお分かりの方はご記入ください

|  |
| --- |
|  |

市町村ステップアップ研修

※例：令和５年〇月頃に〇〇市にて受講

|  |
| --- |
|  |

オレンジパートナー養成研修（神奈川県が実施）

その他

|  |
| --- |
|  |

■認知症に関するボランティア実績（必須）

なし

１回のみ

２～５回

６～10回

10回以上

■登録者様が認知症ご本人の場合はチェックを入れてください。

■今後取り組みたいこと、その他連絡事項など。

|  |
| --- |
|  |