記載日：令和　　年　　月　　日

キャラバン・メイト登録削除届

全国キャラバン・メイト連絡協議会　御中

メイトID

氏名　　　　　　　　　　　印

〈所属自治体記入欄〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属自治体名 | 担当課 | 担当者名 |
| 札幌市 | 介護保険課 |  |

キャラバン・メイトとして活動が困難となったため、登録削除について届け出をいたしますので、よろしくお取りはからいくださいますようお願いいたします。

・今後いかなる理由があっても、再登録を希望いたしません。

・キャラバン・メイト養成研修を今後、再受講いたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録削除の理由 |  |
| サポーター講座開催回数（登録時からの累計） | 　　　　　　回 |

* キャラバン・メイト養成研修は「認知症サポーター養成講座を年間10回程度（最低実施数3回）、ボランティアの立場で行える」ことを前提に、受講していただいています。登録削除の理由については、この前提を踏まえて記載してください。

〈全国キャラバン・メイト連絡協議会記載欄〉

受理日：令和　　年　　月　　日