

自治体用

## 「認知症サポーター養成講座」開催計画表 受付No.

計画No.		提出日	平成	年	月	日			
全国地方公共団体コード(6桁)	2 7 1 4 0 3	開催予定日	平成	年	月	日			
事務局	都道府県・市町村名		委託団体名(独立型メイトは氏名)						
1. 自治体	大阪府堺市		堺市社会福祉協議会						
② 委託	担当部署		担当者名						
3. 独立型メイト(該当No.に○)	包括支援センター統括課								
住所									
大阪府堺市堺区南瓦町2-1									
TEL		FAX		E-mail					
072-238-3636		072-238-3639		<a href="mailto:hokatsu-t@sakai-syakyo.net">hokatsu-t@sakai-syakyo.net</a>					
受講者(団体・グループ名等)									
会場									
受講対象者(該当No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体	3. 学校	4. 行政	受講予定者数	人			
担当メイト	メイトID			メイト氏名					
	大阪	-	-						
	大阪	-	-						
		-	-						
		-	-						
講座の構成	内 容			時間配分					
	○				:	~	:	(	分)
	○				:	~	:	(	分)
	○				:	~	:	(	分)
	○				:	~	:	(	分)
○				:	~	:	(	分)	
使用教材(該当No.に○)	1. 標準教材(冊子)		2. キャンペーンビデオ		3. 配布資料(独自)				

## 《サポーターグッズ申し込み書》

品名	代金	数量	備考
オレンジリング	無料 ※送料は6口ごと700円	15 口 (1口100個)	
標準教材(冊子) 『認知症を学び地域で支えよう』	1冊 100円 ※送料は200冊ごと900円	冊	
送付先住所	【送付先名称(担当者名)】		【送付先TEL】
※上記以外の場合	【送付先住所】 〒		
請求書送付先	【請求書の宛名】(送付先名称以外の宛名の場合) 堺市長		【請求先TEL】
	【請求先】 〒		
要望事項	a.品代は送料込みにする b.リング送料をリング代とする c.指定用紙 d.見積書 e.特になし		
【注意事項】	1. 本表は開催1カ月前までに全国キャラバン・メイト連絡協議会へ提出してください。 2. サポーターグッズは計画表提出から2週間以内で送付先住所までお送りいたします。 3. 事務局にはキャンペーンビデオ・DVDを各1本のみ無料提供しますので、キャラバン・メイトに貸し出しをお願いします。		

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

○独立メイトはすべての欄に記入