

## 「認知症サポーター養成講座」実施報告書

受付No.

提出日 年 月 日 ( ) 開催日 年 月 日 ( )

## 1 報告書提出者

氏名

電話番号

住所(勤務先)

## 2 認知症サポーター養成講座

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							
受講者総数 (サポーター総数)	人				受講者数内訳 (サポーター数内訳)	初回 人		受講2回目以上 人
サポーターの 年代内訳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
女性								
男性								
合計								
担当メイト	メイトID				メイト氏名			
		-		-				
		-		-				
		-		-				
講座の構成	内容				時間配分			
	○				:	~	:	( 分)
	○				:	~	:	( 分)
	○				:	~	:	( 分)
	○				:	~	:	( 分)

## 3 講座に関するコメント

- ・受講者の様子
- ・アンケート
- ・開催した感想  
など

## 4 その他・連絡事項

本表は開催から2週間以内に堺市キャラバン・メイト事務局へ提出してください。

&lt;提出・問い合わせ先&gt; 堺市キャラバン・メイト事務局(堺市社会福祉協議会 包括支援センター統括課)

TEL: 072-238-3636 FAX: 072-238-3639