

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	令和	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	令和	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