

# 「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)					受講者数内訳 (サポーター数内訳)	初回	受講2回目以上		
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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の様子</li> <li>・アンケート</li> <li>・開催した感想など</li> </ul>	
--	--

## 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。

<提出・問い合わせ先> 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