

自治体用

受付No. _____

≪「認知症サポーター養成講座」実施報告書≫

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

計画No.		提出日	令和 年 月 日				
自治体コード	2 7 1 4 0 3	開催日	令和 年 月 日				
事務局	自治体名		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							
〒590-0078 堺市堺区南瓦町2-1							
TEL		FAX		E-mail			
072-238-3636		072-238-3639		houkatsu-t@sakai-syakyo.net			
受講団体・グループ名							
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				メイト名		
	例) 東京	—	19	—	0001	サポ 太郎	
講座の構成	内 容				時間配分		
					～	(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)						
<その他> 講座に関して のコメント							

○独立メイトはすべての欄に記入

【注意事項】

1. 報告書は講座終了後2週間以内に全国キャラバン・メイト連絡協議会へ提出してください。
2. 報告書は必ず計画書と対応するようにご記入下さい。記入に不備がある場合は、再度ご記入をお願いする場合がございます。

全国キャラバン・メイト連絡協議会 事務局

TEL:03-3266-0551 FAX:03-3266-1670 E-mail:caravanmate@orange.email.ne.jp