

≪「認知症サポーター養成講座」開催計画表≫

○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	平成	年	月	日
全国地方公共団体コード(6桁)		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	栃木 都 道	佐野 (市) 区				
2. 委託	府(県) 町 村					
3. 独立型メイト (該当No.に○)	担当部署			担当者名		
	いきいき高齢課 地域支援事業係					
住所						
〒327-8501 佐野市高砂町1番地						
TEL		FAX		E-mail		
0283(20)3021		0283(21)3254		ikiikikourei@city.sano.lg.jp		
受講者(団体・グループ名等)						
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		
		-	-			
		-	-			
		-	-			
		-	-			
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	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)			【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。					