

≪「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)
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。							