

自治体用

提出用

《「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		平成	年	月	日	
自治体コード			開催日		平成	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 ② 委託 ③ 独立型メイト (該当No.に○)	栃木 都道 佐野 (市) 区 町 村								
	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					受講者数 (サポーター数)		人	
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								人	
男性								人	
合計								人	
担当メイト	メイトID				メイト名				
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)								
<その他> 講座に関して のコメント									
【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