

「認知症サポーター養成講座」実施報告書

講座開催日	年 月 日 ()	報告書提出日	年 月 日 ()					
1. 報告書提出者								
氏 名								
住 所		電話番号						
2. 認知症サポーター養成講座								
受講団体・グループ名								
受講対象者(該当に○)	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政							
開催場所								
受講者数	名							
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			
	-		-					
	-		-					
	-		-					
	-		-					
	-		-					
※メイトの変更がある場合はご記入ください。								
3. 講座に関するコメント(受講者の様子、感想等)								
4. その他 連絡事項等								
【注意事項】本表は、講座終了後開催2週間以内に下記へ提出してください。								
【提出・問い合わせ先】 〒637-8501 五條市岡口1丁目3番1号 五條市 介護福祉課 地域包括支援センター TEL: 0747-25-2640 FAX: 0747-25-2630								