

## 「認知症サポーター養成講座」開催計画表

講座開催予定日	年 月 日 ( )	計画表提出日	年 月 日 ( )			
<b>1. 認知症サポーター養成講座</b>						
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					
受講予定者数	名	開催場所				
担当メイト	メイトID				メイト氏名	
	例) 五條	-	10	-	1001	五條 ○子
	メイト代表者					
	住 所					
	電話番号					
	e-mail					
講座の構成	内 容				時間配分	
	○				: ~ : ( 分)	
	○				: ~ : ( 分)	
	○				: ~ : ( 分)	
	○				: ~ : ( 分)	
※講座時間は基本カリキュラムに則り90分を基本とするため、テキストP93を参考に計画してください。						
使用教材	1.標準教材(冊子)    2. 独自資料    3. 認知症サポーターキャンペーンDVD (貸出無料) 4.職域用DVD (貸出無料)    5. その他 ( )					
<b>2.サポーターグッズ申し込み(教材・グッズ)</b>						
品 名		代金	数量	備考		
<b>【教材・グッズの送付先】</b>						
送付先(担当者名)						
送付先住所 電話番号	〒		電話番号:			
※注意事項: 本表は開催1か月前までに下記へ提出してください。						
<b>【提出・問い合わせ先】</b>						
〒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						

