

自治体用

受付No. _____

≪「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.	R 飯田一	提出日	令和 年 月 日					
自治体コード	2 0 2 0 5 3	開催日	令和 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	長野県飯田市							
2. 委託	担当部署			担当者名				
3. 独立型メイト (該当No.に○)	健康福祉部長寿支援課基幹包括支援センター係							
住 所								
〒395-8501 長野県飯田市大久保町2534番地								
TEL			FAX			E-mail		
0265-22-4511			0265-22-4544					
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								
男性								
合計								
担当メイト	メイトID				メイト名			
	例) 東京	-	19	-	0001		サポ 太郎	
	長野	-	-	-				
		-	-	-				
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							
<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。							

○独立メイトはすべての欄に記入

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