

《「認知症サポーター養成講座」実施報告書》

計画№						申込日	令和	年	月	日				
自治体コード	1	3	1	0	4	1	開催日				令和	年	月	日
事務局 (該当No.に○)	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	広島県 呉市													
	担当部署						担当者名							
	福祉保健部 高齢者支援課													
住 所														
〒737-8501 呉市中央4丁目1番6号														
TEL				FAX				E-mail						
0823-25-5694				0823-22-8529				kourei@city.kure.lg.jp						
受講グループ名														
受講対象者 (該当No.に○)	1. 住民 3. 学校				2. 企業・職域団体 4. 行政				受講者数 (サポーター数)					
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							
	-													
	-													
	-													
	-													
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DVD 3. 配布資料(独自)													
<その他> 講座に関して のコメント														

○メイトは太枠内を記入

【注意事項】

1. 報告書は講座終了後2週間以内に呉市高齢者支援課へ提出してください。
2. 報告書は必ず申込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。