

様式 2

《「認知症サポーター養成講座」開催計画表》

※計画No.			提出日	令和 ● 年 5 月 22 日				
※自治体コード			開催予定日	令和 ● 年 6 月 30 日				
受講団体・グループ名	○×自治会役員、青年部及び希望者							
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		受講予定者数	30 人				
担当メイト	★No	メイトID			メイト名	謝礼有無		
		例)新潟	-	20	-	0001	サポ 太郎	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	1	新潟	-	00	-	0000	サポ 花子	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	2	新潟	-		-			有・無
	3		-		-			有・無
4		-		-			有・無	
講座の構成	内 容			時間配分				
	認知症サポーターキャラバンとは(DVD)			10:00~10:15				
	認知症を理解する(症状について)			10:15~10:45				
	認知症を理解する(診断、治療、対応について)			10:45~11:15				
	認知症サポーターの役割とは、まとめ			11:15~11:30				
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)							
教材、オレンジリングの送付先 (どちらかに○)	1. 送付 ①受講団体の担当者 ②担当キャラバン・メイト 送付場所 氏名 サポ 花子 住所 〒95△-××△△ 新潟市△△区○×1丁目0-0 連絡先 025-△△△-×××× 2. 事務局で受取							

※は入力しない

1. または 2. を選択し、1. であれば、送付先①または②を選択し、送付先のお名前、ご住所、ご連絡先をご記載ください

★受講団体や事務局から依頼があった場合のみ、キャラバン・メイトへ謝礼支払いの対象になります(2名まで)。謝礼の有無の欄に○を付けてください。(包括職員は対象外)

★該当する謝礼の支払い先を選択し、上表「担当メイト」欄★印のNo. (1~4の数字) をご記載ください。

支払先	★No. 1	★No.
A. キャラバン・メイト個人	<input type="radio"/>	
B. 法人		

★原則、開催の2週間前までにご提出ください。(事前登録及び教材送付に必要なため)