

様式 3

《「認知症サポーター養成講座」実施報告書》

計画No.		提出日	令和 ● 年 7 月 5 日						
※自治体コード		開催日	令和 ● 年 6 月 30 日						
受講団体・グループ名	○×自治会								
受講対象者 (該当 No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体			受講者数 (サポーター数)		30 人		
	3. 学校	4. 行政							
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			2	3	2	5		12	
男性			3	3	7	5		18	
合計			5	6	9	10		30	
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		有・無
	1	新潟	-	00	-	0000	サポ 花子		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)								
余った教材、DVD等の返却場所	① 事務局 2. 区役所健康福祉課高齢介護担当 3. 地域包括ケア推進課								
その他、講座に関してのコメント									

※は入力しない

★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	○	
B. 法人		

★原則、開催日から2週間以内にご提出ください。

★養成講座で余った教材、グッズは事務局または区役所健康福祉課高齢介護担当、市役所地域包括ケア推進課のいずれかにお渡しください。