|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （提出先）（事務局）新潟県介護福祉士会　FAX　025－281-7710　　E-mail　kaigo@sage.ocn.ne.jp 　　　 住所　〒950-0994　新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | **≪「認知症サポーター養成講座」　実施報告書≫** |  |  |
|  | **計画№**様式　３ | 　 | **提出日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　 |  |  |
|  | **※自治体コード** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | **開催日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　 |  |  |
| 　 | **受講団体・ｸﾞﾙｰﾌﾟ名** | 　 |  |  |
| **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** | **☆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 | - |  |  |  |  | 有　・　無 | 　 |  |
| ２　　　　　 | 新潟 | - | 　 | - | 　 | 　 | 有　・　無 | 　 |  |
| ３　 |  | - | 　 | - | 　 | 　 | 有　・　無 |  |  |
| ４　 |  | ‐ | 　 | - | 　 | 　 | 有　・　無 |  |  |
| **講座の構成** | **内　　　　容** | **時間配分** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 　 | 　　　　　：　　　　～　　　　：　　　　　　　 |  |  |
| **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（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.** | **☆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。**