|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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。**