|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **≪「認知症サポーター養成講座」　開催計画表≫**様式　２ |  |  |
|  | **※計画№** | 　 | **提出日** | 令和　　　年　　　　月　　　　　日　 |  |  |
|  | **※自治体コード** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | **開催予定日** | 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 | **受講予定者数** | 　　　　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　 | 有　・　無 |  |  |
| １　 | 新潟 | - | 　 | - | 　 |  | 有　・　無 | 　 |  |
| ２　　　　　 |  | - | 　 | - | 　 | 　 | 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）　　　 |  |  |
|  | **教材、オレンジリングの送付先****（どちらかに〇）** | 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　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）。**

（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

**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）**