

「認知症サポーター養成講座」実施報告書

本書を元に、全国キャラバン・メイト連絡協議会へ実施報告をいたします。

受付NO

区

※お願い※

提供しましたリーフレット・サポーターカード・缶バッジキーホルダー・無料教材が余剰となった場合は、必ずご返却下さい。

提出日	令和 年 月 日 ()				開催日	令和 年 月 日 ()			
1 報告書提出者									
氏名				日中つながる電話番号			住所(勤務先)		
2 認知症サポーター養成講座の受講者									
団体・グループ名など					開催会場				
対象者(該当に☑)	<input type="checkbox"/> 1 住民		<input type="checkbox"/> 2 企業・職域団体		<input type="checkbox"/> 3 学校		<input type="checkbox"/> 4 行政		
受講者総数(サポーター総数)	人				受講者数内訳(サポーター数内訳)	初回		受講2回目以上	
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									
講座を実施したキャラバン・メイト	キャラバン・メイトID				氏名		所属		
		-		-					
		-		-					
		-		-					
		-		-					
講座の構成	内容				時間配分				
					:	~	:	分	
					:	~	:	分	
					:	~	:	分	
					:	~	:	分	
3 講座に関するコメント									
<ul style="list-style-type: none"> 受講者の様子 アンケート 開催した感想 など									
4 その他、連絡事項 ※合同開催の場合は「合同開催」とご記載下さい									

本表は開催後2週間以内に堺市キャラバン・メイト事務局へ提出してください。

<提出・問い合わせ先> 堺市キャラバン・メイト事務局(堺市社会福祉協議会 包括支援センター統括課)

TEL: 072-238-3636 FAX: 072-238-3639