

自治体用

「認知症サポーター養成講座」開催計画表 受付No.

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

○独立メイトはすべての欄に記入

計画No.		提出日	令和	年	月	日
全国地方公共団体コード(6桁)		開催予定日	令和	年	月	日
事務局	都道府県・市町村名			委託団体名(独立型メイトは氏名)		
1. 自治体	長崎県佐世保市			佐世保市福祉活動プラザ		
2. 委託	担当部署			担当者名		
3. 独立型メイト (該当No.に○)						
住所						
〒857-0054 長崎県佐世保市栄町4番11号サンクル1番館2階						
TEL		FAX		E-mail		
0956-23-0018		0956-59-5562		fukushikatsudouplaza@siren.ocn.ne.jp		
受講者(団体・グループ名等)						
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	メイトID			メイト氏名		
講座の構成	内 容			時間配分		
	○			:	~	: (分)
	○			:	~	: (分)
	○			:	~	: (分)
	○			:	~	: (分)
○			:	~	: (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)					

《サポーターグッズ申し込み書》

品名	代金	数量	備考
オレンジリング	無料 ※送料は6口ごと1,000円	口 (1口100個)	
標準教材(冊子) 『認知症を学び地域で支えよう』	表	冊	
送付先住所	【送付先名称(担当者名)】		【送付先TEL】
※上記以外の 場合	【送付先住所】 〒		
請求書 送付先	【請求書の宛名】(送付先名称以外の宛名の場合)		【請求先TEL】
	【請求先】 〒		
要望事項	a.品代は送料込みにする b.リング送料をリング代とする c.指定用紙 d.見積書 e.特になし		
【注意事項】	1. 本表は開催1カ月前までに全国キャラバン・メイト連絡協議会へ提出してください。 2. サポーターグッズは計画表提出から2週間以内で送付先住所までお送りいたします。 3. 事務局にはキャンペーンビデオ・DVDを各1本のみ無料提供しますので、キャラバン・メイトに貸し出しをお願いします。		

自治体用

受付No. _____

≪「認知症サポーター養成講座」実施報告書≫

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

計画No.		提出日	令和	年	月	日			
自治体コード		開催日	令和	年	月	日			
事務局	自治体名			委託団体名(独立型メイトは氏名)					
1. 自治体	長崎県 佐世保市			佐世保市福祉活動プラザ					
2. 委託	担当部署			担当者名					
3. 独立型メイト (該当No.に○)									
住所									
〒857-0054 長崎県佐世保市栄町4番11号 サンクル1番館2階									
TEL		FAX		E-mail					
0956-23-0018		0956-59-5562		fukushikatsudouplaza@siren.ocn.ne.jp					
受講団体・グループ名									
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	メイトID				メイト名				
	例) 東京	—	19	—	0001	サポ 太郎			
		—		—					
		—		—					
		—		—					
講座の構成	内 容				時間配分				
	○					:	~	:	(分)
	○					:	~	:	(分)
	○					:	~	:	(分)
	○					:	~	:	(分)
○					:	~	:	(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)								
<その他> 講座に関する コメント									
【注意事項】	1. 報告書は講座終了後2週間以内に全国キャラバン・メイト連絡協議会へ提出してください。 2. 報告書は必ず計画書と対応するようにご記入下さい。記入に不備がある場合は、再度ご記入をお願いする場合がございます。								

○独立メイトはすべての欄に記入

全国キャラバン・メイト連絡協議会 事務局

TEL: 03-3266-0551 FAX: 03-3266-1670 E-mail: caravanmate@orange.email.ne.jp

自治体用

着色部分は原則としてキャラバン・メイトが記入 受付No.

「認知症サポーター養成講座」実施報告書 記入例

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

計画No.	H21-1		提出日	平成 21 年 11 月 20 日				
自治体コード	1	3	2	2	9	2		
事務局	自治体名		開催日	平成 21 年 11 月 19 日				
① 自治体 2. 委託 3. 独立型メイト	東京都 ○○市		委託団体名(独立型メイトは氏名)					
	担当部署		担当者名					
	○○部 ○○課 ○○担当		地域 太郎					
住所								
〒○○○-○○○ 東京都○○市○○1-2-3								
TEL		FAX		E-mail				
○○○-○○○-○○○		○○○-○○○-○○○		1234567890@○○.orange.lg.jp				
受講団体・グループ名	○○地区民生委員							
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	36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				1	11	14		26
男性				2	3	5		10
合計				3	14	19		36
担当メイト	メイトID			メイト名				
	例) 東京	-	19	-	0001	サポ 太郎		
	東京	-	20	-	0001	○○ ○○		
	-	-	-	-	-			
講座の構成	内 容			時間配分				
	○キャンペーンビデオ			10:30 ~ 10:45 (15 分)				
	○認知症とはなにか			10:45 ~ 11:15 (30 分)				
	○診断・治療、予防について			11:15 ~ 11:35 (20 分)				
	○サポーターとしてなにができるか			11:35 ~ 11:55 (20 分)				
○××市の相談窓口(地域包括支			11:55 ~ 12:00 (5 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)							
<その他>講座に関してのコメント								
【注意事項】	1. 報告書は講座終了後2週間以内に全国キャラバン・メイト連絡協議会へ提出してください。 2. 報告書は必ず計画書と対応するようにご記入下さい。記入に不備がある場合は、再度ご記入をお願いする場合がございます。							

○独立メイトはすべての欄に記入

※計画表では11月17日の予定であったが変更
計画表と実際の開催日が異なる場合はその旨記載してください

※受講団体名が変更している場合はその旨を記載例:「計画表では××地区民生委員だったが変更」

必ず記入!

※確認がとれない場合は、おそよの見当の年代でもかまわない
男女別、年代別的人数内訳は必ずご記入ください(この欄が未記入の場合、集計ができない、または遅れることがあります)

「受講者数」と同数になる

受講者から寄せられた感想やご意見など、できるだけご記入ください

全国キャラバン・メイト連絡協議会 事務局

TEL:03-3266-0551 FAX:03-3266-1670 E-mail:caravanmate@orange.email.ne.jp