



認知症サポーター養成講座開催計画表

提出先は、苫前町認知症サポーター等養成事業事務局（苫前町保健福祉課しあわせ係）です。
FAX：0164-64-2074 メール：shiwase@town.tomamae.lg.jp

※開催の1月前までに提出してください。（開催日、受講者数は予定で構いません。）

提出日 平成 年 月 日 開催予定日 平成 年 月 日

受講者名

受講対象 住民 企業・職域 学校 行政 介護サービス 受講予定者数 名

担当メイト ID (北海道 - -) 氏名

ID (北海道 - -) 氏名

ID (北海道 - -) 氏名

ID (北海道 - -) 氏名

講座の構成 内容 [] 時間配分 : ~ : () 分

内容 [] 時間配分 : ~ : () 分

内容 [] 時間配分 : ~ : () 分

内容 [] 時間配分 : ~ : () 分

内容 [] 時間配分 : ~ : () 分

合計 () 分

使用教材 標準教材(冊子) キャンペーンDVD 配布資料(独自)

※独自の資料を使用する場合は、実績報告の際に当該資料1部(又はデータ)の提出をお願いします。

グッズ申込 オレンジリング(Mサイズ) 個 / 標準教材(冊子) 冊

※その他のグッズの申込みについては、別途事務局にお問合せください。

グッズ送付先 住所 〒 -

法人・団体等名 部署名

担当者名 電話 FAX

※送付先は、開催対象の法人等のほか、担当するキャラバン・メイト宛としてください。

※グッズは、開催日の1週間前までにお届けします。

この講座を地域住民の方に広く周知しませんか？

事務局では、一般の方向けに「認知症サポーター養成講座情報」を提供させていただきます。この開催計画表の講座について、該当する項目に○をお願いします。

- () 広く受講者を募りたいので、町のホームページにこの講座の情報を掲載して欲しい
- () 広く受講者を募りたいので、町の回覧で講座の情報を周知して欲しい
※回覧の原稿は、原則として主催者側で用意してください。
- () 受講条件を限定しているため、ホームページ等で周知しないが、条件が合う方からの問い合わせがあった場合は、この講座を紹介して欲しい
受講条件の詳細 《 》
- () オープンな講座ではないので、講座の周知や情報提供は控えたい

取材の受入 報道機関にこの講座の情報を周知し、希望があれば取材の受入れは可能ですか？

() はい () いいえ

見学の受入 講座未経験等のキャラバン・メイトさんの見学希望があれば、この講座で受入れ可能ですか？

() はい () いいえ