

「認知症サポーター養成講座」 開催計画書

受付No.

計画No.							提出日		年	月	日	
自治体コード	1	4	2	1	2	3	開催予定日		年	月	日	
事務局	担当メイト 所属						担当メイト 氏名					
①. 自治体 2. 委託 3. 独立型メイト (該当No.に○)												
	都道府県・市町村名						担当部署					
	神奈川県 厚木市						地域包括ケア推進課					
住所												
〒243-8511 神奈川県厚木市中町3丁目17番17号 厚木市役所第二庁舎1階												
TEL			FAX			E-mail						
046-225-2047			046-221-2205			1910@city.atsugi.kanagawa.jp						
受講者(団体・グループ名等)												
受講対象者	1.住民 2.企業・職域団体 3.学校 4.行政 5.介護サービス						受講予定人数		人			
担当メイト	メイトID						メイト氏名					
	神奈川県	—		—								
		—		—								
		—		—								
講座の構成	内容						時間配分					
	・									～		()
	・									～		()
	・									～		()
	・									～		()
使用教材 (該当に○)	標準教材(冊子)											
	キャンペーンビデオ											
	配布資料(独自)											

《サポーターグッズ申込書》

品名	数量		備考
オレンジリング		個	
標準教材(冊子) 『認知症を学び地域で支えよう』		冊	
小学生用副読本		冊	
中学生用副読本		冊	