

「認知症サポーター養成講座」 実施報告書

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						受講者数				人			
年代内訳	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計					
女性											人			
男性											人			
合計											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)													
<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10日以内に厚木市 地域包括ケア推進課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記入してください。 記入に不備がある場合は、再提出をお願いすることがあります。													