

≪「認知症サポーター養成講座」実施報告書≫

自治体用		提出日		令和 5 年 月 日						
自治体コード		開催日		令和 5 年 月 日						
事務局 (該当No.に○)		自治体名		委託団体名(独立型メイトは氏名)						
1. 自治体		兵庫 都道 神戸 市		神戸市社会福祉協議会						
② 委託		担当部署		担当者名						
3. 独立型メイト		福祉事業課		市村						
住所										
〒651-0086 神戸市中央区磯上通3丁目1番32号										
TEL		FAX		E-mail						
078-200-4013		078-271-5366		kenshu-orange@with-kobe.or.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)						
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			
		兵庫	-		-					
			-		-					
講座の構成		内 容				時間配分				
		○				:	~	:	( 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> 講座に関して のコメント										
交通費 ※公共交通機関 利用に限る		交通機関【区間】				運賃(片道)		往復運賃		
		【 ~ 】				円		円		
		【 ~ 】				円		円		
		キャラバン・メイト名( )				交通費合計		円		
		【 ~ 】				円		円		
		【 ~ 】				円		円		
キャラバン・メイト名( )				交通費合計		円				

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

【注意事項】

1. 報告書は講座終了後1週間以内に社会福祉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。
3. 交通費は公共交通機関利用の場合に限りますので、あらかじめご了承ください。