

(様式 自-6)

受付No. _____

《「認知症サポーター養成講座」開催計画表》

自治体用							
計画No.		提出日	令和 5 年	月	日		
自治体コード	2 8 1 0 0 0	開催予定日	令和 5 年	月	日		
事務局 (該当No.に○)	自治体名						
1. 自治体	兵庫 都道府県	神戸	市区町村	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		受講予定者数				
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 神戸市テキスト ② キャンペーンビデオ ③ 配布資料(独自) 4. 研修アンケート						

〇〇自治体メイト事務局があるすべてのメイトには太枠内を記入

《その他》

特記事項	
------	--

【注意事項】

【注意事項】	1. 本表は開催30日前までに神戸市認知症研修事務局(神戸市社会福祉協議会)へ提出してください。 2. 計画表提出から1週間程度で講師あて出務依頼お送りいたします。 3. 研修教材(テキスト、オレンジリング)は計画表提出から1週間程度で申込者へお送りいたします。
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

神戸市認知症研修事務局(神戸市社会福祉協議会)
TEL:078-200-4013 FAX:078-271-5366 E-mail:kenshu-orange@with-kobe.or.jp