



認知症サポーター養成講座実施報告書

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。
 F A X : 0164-64-2074 メール : shiawase@town.tomamae.lg.jp

※講座修了後、2週間以内に提出してください。

提出日 平成 年 月 日 **開催日** 平成 年 月 日

受講者名 _____

受講対象者 住民 企業・職域 学校 行政 介護サービス **受講者数** _____ **名**

サポーター年代内訳（人）

	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 I D (北海道 - -) 氏 名

 I D (北海道 - -) 氏 名

 I D (北海道 - -) 氏 名

 I D (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）

※独自の資料を使用した場合は、当該資料1部（又はデータ）を添付してください。

受講者（受講団体）の感想をぜひお聴かせください

キャラバン・メイト連絡会議で紹介するなど、事業の周知や広報のために活用するほか、今後の事業運営の参考にさせていただきます。

{

}

{

}

{

}

{

}

{

}

{

}

{

}

{

}

{

}