

「認知症サポーター養成講座」開催計画表(福山市)

計画No.	提出日		令和	年	月	日
全国地方公共団体コード(6桁)	開催予定日		令和	年	月	日
事務局	都道府県・市町村名		委託団体名(独立型メイトは氏名)			
1. 自治体	広島県福山市					
2. 委託	担当部署		担当者名			
3. 独立型メイト (該当No.に○)	福山市高齢者支援課					
住所						
〒720-8501 福山市東桜町3番5号						
TEL		FAX		E-mail		
084-928-1065		084-928-7811		koureisha-shien@city.fukuyama.hiroshima.jp		
受講者(団体・グループ名等)						
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 5. 介護サービス			受講予定者数	人	
担当メイト	メイトID			メイト氏名		
	—					
	—					
	—					
	—					
講座の構成	内 容			時間配分		
	○			:	~	: (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)					

《サポーターグッズ申し込み書》

品名	代金	数量	備考
オレンジリング	無料 ※送料は6口ごと700円	口 (1口100個)	
標準教材(冊子) 『認知症を学び地域で支えよう』	1冊 100円 ※送料は200冊ごと900円	冊	
送付先住所	【送付先名称(担当者名)】		【送付先TEL】
※上記以外の 場合	【送付先住所】 〒		
請求書 送付先	【請求書の宛名】(送付先名称以外の宛名の場合)		【請求先TEL】
	【請求先】 〒		
要望事項	a.品代は送料込みにする b.リング送料をリング代とする c.指定用紙 d.見積書 e.特になし		
【注意事項】	1. 本表は開催1カ月前までに全国キャラバンメイト連絡協議会へ提出してください。 2. サポーターグッズは計画表提出から2週間以内で送付先住所までお送りいたします。		

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

○独立メイトはすべての欄に記入

3. 事務局にはキャンペーンビデオ・DVDを各1本のみ無料提供しますので、キャラバン・メイトに貸し出しをお願いします。

〈全国キャラバン・メイト連絡協議会〉 TEL:03-3266-0551 FAX:03-3266-1670 E-mail:caravanmate@orange.email.ne.jp