|  |  |
| --- | --- |
| **認知症サポーター養成講座申込票**　　　　　　受付　　年　　月　　日 | |
| 以下のとおり申し込みいたします。 | |
| 予定日 |  |
| 時間 |  |
| 場所 |  |
| キャラバン・メイト |  |
| 人数 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 団体・　　　　グループ名 |  |
| 代表者 |  |
|  | ＊介護サービス事業所（者）が行うスタッフ研修をサポーター養成研修として実施することはできません。 |
| ＊受講料は無料 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **【記入例】認知症サポーター養成講座申込票**　受付　　年　　月　　日 | |
| 以下のとおり申し込みいたします。 | |
| 予定日 | 令和〇年〇月〇日 |
| 時間 | 午後〇時〇分から午後〇時〇分まで |
| 場所 | 〇〇自治会館、（株）〇〇青梅店事業所内集会施設など |
| キャラバン・メイト | 【氏名】（決まっていないときは空欄で御提出ください） |
| 人数 | 〇人（確定でないときは〇人前後などと記入願います。） |
| 住所 | （講座開催会場の住所を記入願います。） |
| 氏名 | （講座申込にかかる担当者の氏名を記入願います。） |
| 電話番号 | （講座申込にかかる担当者の電話番号を記入願います。） |
| 団体・　　　　グループ名 | 〇〇自治会、（株）〇〇青梅事業所　など |
| 代表者 | 〇〇自治会長〇〇（受講団体の代表者名を記入願います） |
|  | ＊介護サービス事業所（者）が行うスタッフ研修をサポーター養成研修として実施することはできません。 |
| ＊受講料は無料 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症サポーター養成講座実施票 | |
| 以下のとおり報告いたします。 | |
| 実施日 | 年　　月　　日 (　　） |
| 時間 | 時　　分～　　時　　分 |
| 場所 |  |
| キャラバン・メイト |  |
| 参加包括職員 |  |
| 参加人数 | 名 |
| 団体・　　　　グループ名 |  |
| 代表者 |  |
| 報　告 | 20代（男　　、女　　名）、30代（男　　、女　　名） |
| 40代（男　　、女　　名）、50代（男　　、女　　名） |
| 60代（男　　、女　　名）、70代～（男　　、女　　名）  　　　　　　　　　　　　　　　　計　　　名 |