

(様式 自-6)

自治体用

受付No. _____

《「認知症サポーター養成講座」開催計画表》

計画No.		提出日	令和 年 月 日
自治体コード	2 8 1 0 0 0	開催予定日	令和 年 月 日
事務局 (該当No.に○)	自治体名		
1. 自治体	兵庫 都道 神戸 市 区 府 県 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 3. 学校	2. 企業・職域団体 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		

〇〇自治体事務局がある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