

(様式 自-6)

自治体用

受付No. _____

≪「認知症サポーター養成講座」実施報告書≫

計画No.		提出日	令和 年 月 日
自治体コード	2 8 1 0 0 0	開催日	令和 年 月 日
事務局 (該当No.に○)	自治体名		委託団体名(独立型メイトは氏名)
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 3. 学校	2. 企業・職域団体 4. 行政	受講者数 (サポーター数)
サポーターの年代内訳	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	メイトID		メイト名
	例) 東京	19	0001
	兵庫		
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)		
<その他> 講座に関して のコメント			
交通費 ※公共交通機関 利用に限る	交通機関【区間】	運賃(片道)	往復運賃
	【 ~ 】	円	円
	【 ~ 】	円	円
	【 ~ 】	円	円
	交通費合計		円

〇〇自治体事務局はすべてのメイトには太枠内を記入

【注意事項】

1. 報告書は講座終了後1週間以内に社会福祉協議会へ提出してください。
2. 報告書は必ず計画書と対応するようにご記入下さい。記入に不備がある場合は、再度ご記入をお願いする場合がございます。
3. 交通費は公共交通機関利用の場合に限りますので、あらかじめご了承ください。

/ 検査確認	課長	担当

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