

## 「認知症サポーター養成講座」開催計画表 受付No.

○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

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							
2. 委託	担当部署			担当者名			
3. 独立型メイト (該当No.に○)							
住所							
〒							
TEL		FAX		E-mail			
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	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。 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。		