

# 茨木市「認知症サポーター養成講座」実施計画書

提出日			
担当者		連絡先TEL	
開催予定日			
受講者 (団体・グループ名等)			
開催場所 (住所も記入)			
受講対象者 (該当No.に○)	1. 住民 4. 行政	2. 企業・職域団体 5. 介護サービス	3. 学校
	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		開始時間から記載下さい。(時間配分)
	○		～ ( 分)
	○		～ ( 分)
	○		～ ( 分)
	○		～ ( 分)
	○		～ ( 分)
使用教材等(希望がある場合は□に✓を記入してください)			
教材	<input checked="" type="checkbox"/> 標準教材		
DVD	<input checked="" type="checkbox"/> キャンペーンDVD		
	事例DVD ( <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> スーパーマーケット <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 交通機関 <input type="checkbox"/> 訪問業務 )		
サポーターの証	<input checked="" type="checkbox"/> オレンジリング <input checked="" type="checkbox"/> サポーターカード		
その他	<input type="checkbox"/> 認知症サポートブック <input type="checkbox"/> (冊子)みんながやさしい街いばらき		
	<input type="checkbox"/> いばらきオレンジかふえマップ <input type="checkbox"/> オレンジ新聞 <input type="checkbox"/> オレンジダイヤルちらし		
	<input type="checkbox"/> 茨木童子見守りシールちらし <input type="checkbox"/> プロジェクター		
教材受取 予定日	年 月 日		