

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 名、女 名)、30代(男 名、女 名) 40代(男 名、女 名)、50代(男 名、女 名) 60代(男 名、女 名)、70代～(男 名、女 名) 計 名