



# 認知症サポーター養成講座 開催計画表

※ 計画表は開催一か月前までに事務局まで提出してください。 提出日 年 月 日

申請者名				申請者所属				
電話番号				内線	Mail	@		
住所	〒 -							
開催予定日時	年 月 日 ~			開催場所	区	会場名		
開催形式	<input type="checkbox"/> 対面式 <input type="checkbox"/> オンライン形式 <input type="checkbox"/> 対面+オンライン形式							
見学の受入れ	他のキャラバン・メイト(講座未開催者など)の見学受け入れについて						<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
受講者分類						受講予定者数	名	
受講者詳細	※記載例 ○○ボランティアグループ、株式会社○○新人社員、○○センター利用者、○○町内会 等							
担当メイト	※ 記載例 ID 大阪-31-0024 氏名 大阪 太郎							
ID	-	-	氏名	ID	-	-	氏名	
ID	-	-	氏名	ID	-	-	氏名	
ID	-	-	氏名	ID	-	-	氏名	
ID	-	-	氏名	ID	-	-	氏名	
ID	-	-	氏名	ID	-	-	氏名	
講座内容				時間配分				
				:	~	:	分	
				:	~	:	分	
				:	~	:	分	
				:	~	:	分	
				:	~	:	分	
						合計	0 分	
使用教材	<input type="checkbox"/> 大阪市版テキスト <input type="checkbox"/> キャンペーンDVD <input type="checkbox"/> 全国版標準テキスト(有料) <input type="checkbox"/> 独自資料 <input type="checkbox"/> 大阪市版テキストを使用したパワーポイント資料							
グッズ(無料)	認知症サポーターカード 大人用			枚	認知症サポーターカード キッズ用(小・中学生)			枚
送付先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ    ※ 申請者と異なる場合は下記に記入してください							
送付宛名				送付先所属				
電話番号				内線	Mail	@		
送付住所	〒 -							

※有料グッズ・教材は当事務局ホームページ「グッズ・教材」内の「認知症サポーター有料グッズ・教材申込表」にて申込みしてください

**講座情報の公開について** ※ いずれかの項目に必ずチェックをお願いします。

大阪市キャラバンメイトホームページ、大阪市認知症ナビ・アプリへの掲載希望

→ 別紙「講座情報掲載申請書」を提出してください

問い合わせがあれば以下の条件で講座の紹介を希望

受講条件 【

情報公開を希望しない

## 確認事項

- ・ オンライン形式で実施する際は、キャンペーンDVDが必須となります。
- ・ キャンペーンDVDは各区社会福祉協議会及び事務局より貸出しています。
- ・ 認知症サポーターカード、大阪市版テキストは、開催予定者数分を事務局より開催一週間前に送付します。(無償)
- ・ 当日欠席者分の認知症サポーターカード、大阪市版テキストは各区社会福祉協議会、または事務局へ返却してください。

## 備考

--	--	--	--	--	--	--

計画表送付先	大阪市キャラバン・メイト事務局	FAX	06-6765-5607	Mail	soudan@shakyo-osaka.jp
--------	-----------------	-----	--------------	------	------------------------

大分類	入力用コード
住民	1-01 民生委員児童委員・保健推進員・食生活改善推進員など
住民	1-02 防災・防犯組織(住民パトロール隊・徘徊SOSネットワークなど)
住民	1-03 老人クラブ・高齢者サロン・老人会など
住民	1-04 自治会・町内会・集合住宅管理組合
住民	1-05 各種ボランティア組織
住民	1-06 介護者のグループ
住民	1-07 各種生涯学習・趣味の会など
住民	1-08 その他一般住民ほか
企業・職域	2-01 警察
企業・職域	2-02 消防
企業・職域	2-03 電力会社
企業・職域	2-04 ガス会社
企業・職域	2-05 金融機関
企業・職域	2-06 郵便局
企業・職域	2-07 保険会社
企業・職域	2-08 交通機関(鉄道・バス・モノレールなど)
企業・職域	2-09 タクシー
企業・職域	2-10 スーパー・百貨店など
企業・職域	2-11 マンション管理
企業・職域	2-12 理美容
企業・職域	2-13 ホテル・宿泊施設
企業・職域	2-14 自動車学校・教習所
企業・職域	2-15 警備会社
企業・職域	2-16 医師会・歯科医師会など
企業・職域	2-17 薬局・薬剤師会
企業・職域	2-18 司法書士・リーガルサポートセンターなど
企業・職域	2-19 商工会・商店会
企業・職域	2-20 その他
学校	3-01 幼稚園・保育園
学校	3-02 小学校
学校	3-03 中学校
学校	3-04 高校
学校	3-05 大学
学校	3-06 その他専門学校など
学校	3-07 教職員
行政	4-00 行政
介護サービス	5-01 居宅サービス職員
介護サービス	5-02 施設・居住系サービス職員
介護サービス	5-03 その他



# 認知症サポーター養成講座 講座情報掲載申請書

認知症サポーターキャラバン

申請日 年 月 日

申請者名				申請者所属			
電話番号			内線		Mail		@
住所	〒 -						

講座名称							
担当者							
開催日時	年 月 日 ~			掲載開始日	年 月 日		
開催場所名				開催場所電話			
開催場所住所	〒 -						
内容詳細							
開催形式	<input type="checkbox"/> 対面式 <input type="checkbox"/> オンライン形式 <input type="checkbox"/> 対面式+オンライン形式						
事前申し込み	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		定員		名	見学の受入れ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
申込方法							
受講条件 (対象者)							
添付ファイル	※画像 3種類、PDF 2種類を認知症アプリ・ナビに掲載することができます(チラシなど) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → メールに申請書と一緒に添付して送付してください。FAXは不可です						
PUSH通知	<input type="checkbox"/> 配信しない <input type="checkbox"/> 配信する → 下記も入力してください						
配信日	年 月 日						
配信メッセージ							
配信地域	<input type="checkbox"/> すべて ※「すべて」をチェックすると下記すべての地域に配信されます <input type="checkbox"/> 北区 <input type="checkbox"/> 都島区 <input type="checkbox"/> 福島区 <input type="checkbox"/> 此花区 <input type="checkbox"/> 中央区 <input type="checkbox"/> 西区 <input type="checkbox"/> 港区 <input type="checkbox"/> 大正区 <input type="checkbox"/> 天王寺区 <input type="checkbox"/> 浪速区 <input type="checkbox"/> 西淀川区 <input type="checkbox"/> 淀川区 <input type="checkbox"/> 東淀川区 <input type="checkbox"/> 東成区 <input type="checkbox"/> 生野区 <input type="checkbox"/> 旭区 <input type="checkbox"/> 城東区 <input type="checkbox"/> 鶴見区 <input type="checkbox"/> 阿倍野区 <input type="checkbox"/> 住之江区 <input type="checkbox"/> 住吉区 <input type="checkbox"/> 東住吉区 <input type="checkbox"/> 平野区 <input type="checkbox"/> 西成区 <input type="checkbox"/> 大阪市外						
配信対象属性	<input type="checkbox"/> すべて ※「すべて」をチェックすると下記すべての属性に配信されます <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他						
備考							

申請書送付先	大阪市キャラバン・メイト事務局	FAX	06-6765-5607	Mail	soudan@shakyo-osaka.jp
--------	-----------------	-----	--------------	------	------------------------