



大阪市版

<https://www.osaka-sishakyo.jp/project/caravan/>

# 認知症サポーター養成講座実施報告書

提出先は大阪市キャラバン・メイト事務局（大阪市社会福祉センター内）です  
FAX 06-6765-5607 メール soudan@shakyo-osaka.jp

※必ず、講座終了後2週間以内に提出してください。

提出日	令和	年	月	日	開催日	令和	年	月	日
受講者								開催場所	区
受講対象者	(該当に○)	( ) 住民	( ) 企業・団体	( ) 学校	( ) 行政	( ) 介護サービス	養成数	名	
サポーター年代内訳 (人)									

	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	ID ( 大阪 — — )	氏名
	ID ( 大阪 — — )	氏名
	ID ( 大阪 — — )	氏名
	ID ( 大阪 — — )	氏名

講座の構成	内容 [ ]	時間配分	:	~	:	( )	分
	内容 [ ]	時間配分	:	~	:	( )	分
	内容 [ ]	時間配分	:	~	:	( )	分
	内容 [ ]	時間配分	:	~	:	( )	分
	内容 [ ]	時間配分	:	~	:	( )	分
合計							分

講座で伝えた場合、右の欄にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/>	相談窓口の周知	<input type="checkbox"/>	認知症アプリ、認知症ナビ
--------------------------	---------	--------------------------	--------------

使用教材 (該当に○) ( ) 大阪市版テキスト ( ) ※キャンペーンDVD ( ) 独自資料 ( ) 全国版テキスト (有料)

返却数確認 (余剰分をご返却ください)	送付数	サポーター数	返却数	備考
大阪市版テキスト	冊		冊	
オレンジリング				

※お送りした「大阪市版テキスト」「オレンジリング」数と受講者数（サポーター数）に差が生じた場合は、講座実施後、余剰分のテキストとオレンジリングを必ず大阪市キャラバン・メイト事務局へご返却ください。  
※近日中に他の養成講座で利用する予定がある等、特別な理由がある場合は、「備考」にてお知らせください。

受講者（受講団体）の感想を是非おきかせください

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....