

実施報告書

認知症サポーター養成講座

○自治体事務局があるメイトは太枠内を記入

提出日	○ 年 ○ 月 ○ 日	団体名または所属名	○○地域包括支援センター					
開催日	○ 年 ○ 月 ○ 日	担当者名	○○ ○○					
住所								
川口市○○1丁目△-△								
TEL			FAX			E-mail		
048-○○○-○○○○			048-○○○-□□□□					
受講団体・グループ名	一般住民、○○施設利用者、○○団体職員等							
受講対象者	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政				受講者数 (うち新規数)	30 人 新規(28 人)		
サポーターの年代内訳 (新規受講者のみ)	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
女性				1	8	7	1	17
男性					2	5	4	11
合計				1	10	12	5	28
オレンジリング配布数	10 個				オレンジリング返却数	20 個		
担当メイト	メイトID				メイト名			
	例) 東京	—	19	—	0001	サポ 太郎		
	埼玉	—	○○	—	○○○○	○○ ○○		
	—	—	—	—				
	—	—	—	—				
講座の構成	内 容				時間配分			
	認知症サポーターキャラバンとは				10 : 0 ~ 10 : 10 10 分			
	認知症の症状・行動・心理状態とその支援				10 : 10 ~ 10 : 40 30 分			
	DVD視聴				10 : 40 ~ 10 : 55 15 分			
	認知症の人の気持ちと接し方				10 : 55 ~ 11 : 25 30 分			
認知症サポーターのできること				11 : 25 ~ 11 : 30 5 分				
使用教材 (該当No.に○)	1. 標準教材(有料) ○2. DVD ○3. 埼玉県版テキスト 4. 配布資料(独自)							
実施結果 (工夫点、アンケート結果など)								
【注意事項】	1. 報告書、事後アンケートは講座終了後2週間以内に川口市長寿支援課へ提出してください。							

○独立メイトはすべての欄に記入

川口市長寿支援課地域ケア係

TEL:048-271-9745 FAX:048-259-7668 E-mail:087.04020@city.kawaguchi.saitama.jp