

# 開催計画表

開催者 または  
キャラバンメイト →川口市

## ■ 認知症サポーター養成講座

## □ 認知症サポーターステップアップ講座

○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	
開催予定日	○ 年 ○ 月 ○ 日			
〃 (2日目)	年 月 日	担当者名	○○ ○○	
〃 (3日目)	年 月 日			
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	受講予定者数	30 人	
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)			
開催方法	①. 会場集合型 2. オンライン型 3. 会場・オンライン併用型			

○独立メイトはすべての欄に記入

### ※注意事項

- ・開催日の概ね1か月前までに提出してください。
- ・ステップアップ講座を複数日で開催した場合に、“(2日目)(3日目)”欄を記入してください。

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