令和　　年　　月　　日

**あわら市認知症サポーター養成講座開催計画表**

あわら市長　様

キャラバンメイト氏名

太枠を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催予定日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　時間　　：　　　～　　：　 |
| 受講者（団体・グループ名） |  |
| 受講対象者（該当NO．に○） | １．住民　２．企業・職域団体　３．学校　４．行政 | 受講人数 | 　　人 |
| 担当メイト | メイトID | メイト氏名 |
| 福井 | ― |  | ― |  |  |
|  | ― |  | ― |  |  |
|  | ― |  | ― |  |  |
| 講座の構成 | 内容 | 時間配分 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 使用教材（該当NO.に○） | １．みんなで支えよう認知症（冊子）　２．DVD　３．配布資料（独自） |
| 使用機材 |  |
| 【注意事項】 |  |