

# 地域活動参加記録 (記入例)

報告者：吉永美恵

開催日時	平成 28 年 5 月 14 日 14:00~15:00
活動名称	平成 28 年度 第 2 回認知症支援地域ケア会議
会場	コスモすまいる北野会議室
主催	久留米市長寿支援課 久留米北第一包括支援センター
内容	<p>*個人情報等は記載しないでください。</p> <p>久留米北包括圏域における認知症支援推進事業について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・認知症サポーター養成講座開催の経過報告と今後のスケジュールの確認 受講証明プレートの作成について</li><li>・事業推進の目的 サポーターから地域コーディネーター、アクティブシニアを増やす。</li><li>・キャラバンメイト研修の紹介</li></ul>
関わり方	<p>( ) 講演演者 (○) 企画・運営 又は具体的な活動内容・役割:</p>
参加者	<ul style="list-style-type: none"><li>・認知症家族の会 ****氏</li><li>・小規模多機能施設「ささの葉」****氏 (ケアマネ)</li><li>・認知症キャラバンメイト ****氏</li><li>・認知症への理解を広める会 ****氏</li><li>・グループホーム日光苑 ****氏、****氏</li><li>・コーヨー薬局 吉永美恵 (薬剤師)</li><li>・久留米市長寿支援課 **氏、**氏</li><li>・北包括 **氏、****氏、****氏</li></ul>

\*案内状、依頼状、参加証明書があれば添付してください。  
しかし、添付に関わらず個別判断にて内容の説明を求められることがあります。

\*上記のような継続的な活動の場合は、参加したすべての日程の報告を行ってください。

添付書類 (有  無)

(一社) 久留米三井薬剤師会

# 地域活動参加記録

報告者：

開催日時	
活動名称	
会場	
主催	
内容	*個人情報等は記載しないでください。
関わり方	<input type="checkbox"/> 講演演者 <input type="checkbox"/> 企画・運営 又は具体的な活動内容・役割：
参加者	

添付書類（有・無）

（一社）久留米三井薬剤師会