県高齢福祉課担当者行

ファックス：045-210-8874 　メール：anshinkaigo@pref.kanagawa.jp

所在地：〒231-8588　横浜市中区日本大通１

コグニサイズ等　実施報告書

　次のとおり実施しましたので、報告します。

**（次の欄は、必ずお書きください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 | □教える研修会修了者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の場合は□に✔ |
| 団体所在地（代表者住所） | 市区町村 |
| 地番・方書 |
| 連絡先 | （平日日中連絡の取れる連絡先をお書きください） |
| 実施した教室等 | 名称 |  |
| 内容 | □　コグニサイズ(複数チェック可)□　コグニサイズ以外　　　（コグニサイズ以外は、プログラム名をお書きください。）　 プログラム名（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施場所 |  |
| 実施日時（定期的開催の場合は、曜日や頻度を適宜余白に記載してください。） | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　　午前・午後　　時　　～　　午前・午後　　時 |
| 参加者募集 | □　現在募集していない□　現在募集中　　問い合わせ先 |
| 参加人数 | 　　　　　　　　人 |
| 参加者の年齢層 | □40歳未満　□40歳代　□50歳代　□60歳代(複数チェック可)□70歳代　□80歳代　□90歳以上　□不明 |

**（次の欄は、任意にお書きください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施した感想、参加者の声 | （書ききれない場合は、別紙に記載していただいても結構です） |
| その他御意見があればお書きください。 | （書ききれない場合は、別紙に記載していただいても結構です） |

御協力ありがとうございました。