

認知症地域支えあい推進事業 専門職派遣申込書

_____ 区 団体名 _____

フリガナ
担当者： _____

住 所：(〒 _____ - _____) _____

電 話： _____

※日中、連絡のつく電話番号をご記入ください

行事名										
実施区分	☐ 単独の事業として開催 ☐ 既存の事業にあわせて実施									
事業種別	☐ 講座・学習会 ☐ ふれあい給食 ☐ 認知症高齢者声かけ訓練 ☐ その他 (_____)									
参加予定人数	_____ 名 (年齢構成： _____)									
会 場	会場名： _____ 広さ：約 _____ m ² (住所： _____) 最寄駅 (電車) _____ 線 _____ 駅：徒歩 _____ 分 (バス) _____ 系統 _____ : 徒歩 _____ 分 ※駐車場 ☐ 有 ☐ 無 当日連絡先 (TEL)： _____									
用意できるもの	☐ パソコン ☐ プロジェクター ※主催者でセットできる場合に ☒ してください ☐ スクリーン ☐ マイク ☐ ホワイトボード ☐ ホワイトボードマーカー ☐ マグネット									
派遣希望	職種	1 看護職 2 薬剤師 3 管理栄養士 4 歯科衛生士 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士								
	1回目	希望職種 (_____) ※左の (_____) に職種名をご記入ください								
		第1希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
		第2希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
		第3希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
	複数回実施を希望する場合は以下の欄をご使用ください。4・5回目の実施を希望する場合は申込書を2枚ご提出ください									
	2回目	希望職種 (_____) ※左の (_____) に職種名をご記入ください								
		第1希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
		第2希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
		第3希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
	3回目	希望職種 (_____) ※左の (_____) に職種名をご記入ください								
		第1希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
		第2希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
		第3希望日時		年	月	日 (_____)	時	分	～	時 分
	連絡事項									

※最大5回まで。
実施を希望する
回数に応じて右に
ご記入ください。
同じ職種を複数
申込みは不可

※派遣期間は
2026年5月1日
～2027年3月31日。
派遣時間は
最長1時間まで