

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	<input type="checkbox"/> 単独の事業として開催 <input type="checkbox"/> 既存の事業にあわせて実施	
事業種別	<input type="checkbox"/> 講座・学習会 <input type="checkbox"/> ふれあい給食 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者声かけ訓練 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 当日連絡先 (TEL)： _____	
用意できるもの	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> プロジェクター ※主催者でセットできる場合に <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> ホワイトボードマーカー <input type="checkbox"/> マグネット	
派遣希望 ※最大3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10月1日 ～2027年3月31日。 派遣時間は 最長1時間まで ※複数回お申し込み の場合は、それぞ れ別の希望日時を ご記入ください。	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
	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。	
	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
	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
	連絡事項	