

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 ()	
参加者・予定人数	名 ※参考に、下欄に年齢構成等をご記入ください ()	
会場	会場名: _____ 広さ: 約 _____ m ² (住所: _____) 最寄駅(電車・バス): _____ 線 _____ 駅: 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2023年10月1日～2024年3月31日。派遣時間は最長1時間まで	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	
	2回または3回の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	
	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		