

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2025年5月1日～2026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
	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	