

坂出市通いの場(仲間づくり)MENU表活用事業(講師派遣)実施報告書

様式2

年 月 日

(団体等の名称) _____
 (代表者の氏名) _____
 (代表者の住所) _____
 (電話番号) _____

下記のとおり講師派遣を受け、実施したので報告します。

記

1. 開催日時	年 月 日 (: ~ :)
2. 開催場所	
3. 参加者数	名
4. 講義内容	
5. 講師派遣団体名	
6. 講師職種・人数	(当てはまるものに✓と人数をご記入ください) <input type="checkbox"/> 看護師 名 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 名 <input type="checkbox"/> 作業療法士 名 <input type="checkbox"/> 理学療法士 名 <input type="checkbox"/> 介護士 名 <input type="checkbox"/> その他() 名
7. 講義の感想	

※実施報告書は実施日から

1か月以内までに坂出市地域包括支援センターへご提出ください

坂出市通いの場(仲間づくり)MENU表活用事業(講師派遣)実施報告書

記載例

様式2

令和〇年〇月〇日

(団体等の名称) ○○○○

(代表者の氏名) 香川 太郎

(代表者の住所) 坂出市〇〇町〇〇

(電話番号) 0877-〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり講師派遣を受け、実施したので報告します。

記

1. 開催日時	令和〇年〇月〇日 (10:00 ~ 11:00)
2. 開催場所	〇〇公民館 坂出市〇〇町〇丁目〇番〇号
3. 参加者数	〇〇 名
4. 講義内容	介護予防、認知症予防について
5. 講師派遣団体名	〇〇仲間づくり
6. 講師職種・人数	(当てはまるものに✓と人数をご記入ください) <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 1 名 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 名 <input type="checkbox"/> 作業療法士 名 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 1 名 <input type="checkbox"/> 介護士 名 <input type="checkbox"/> その他() 名
7. 講義の感想	楽しく介護予防、認知症予防について学ぶことができ、実りある時間を過ごせました。

※実施報告書は実施日から

1か月以内までに坂出市地域包括支援センターへご提出ください