

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） <table border="0"> <tr> <td>☐医師</td> <td>名</td> <td>☐薬剤師</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>☐看護師</td> <td>名</td> <td>☐介護支援専門員</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>☐作業療法士</td> <td>名</td> <td>☐理学療法士</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>☐介護士</td> <td>名</td> <td>☐その他（ ）</td> <td>名</td> </tr> </table>	☐ 医師	名	☐ 薬剤師	名	☐ 看護師	名	☐ 介護支援専門員	名	☐ 作業療法士	名	☐ 理学療法士	名	☐ 介護士	名	☐ その他（ ）	名
☐ 医師	名	☐ 薬剤師	名														
☐ 看護師	名	☐ 介護支援専門員	名														
☐ 作業療法士	名	☐ 理学療法士	名														
☐ 介護士	名	☐ 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