

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	☐ 単独の事業として開催 ☐ 既存の事業にあわせて実施										
事業種別	☐ 講座・学習会 ☐ ふれあい給食 ☐ 認知症高齢者声かけ訓練 ☐ 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 ☐ 有 ☐ 無 当日連絡先 (TEL)：										
用意できるもの	☐ パソコン ☐ プロジェクター ※主催者でセットできる場合に ☒ してください ☐ スクリーン ☐ マイク ☐ ホワイトボード ☐ ホワイトボードマーカー ☐ 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 2025年10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。										
	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										