

部外秘

ケア施設別活動報告書

原本

ケア施設番号 No. _____

ケア施設名 _____

ケア施設住所 _____

施設側担当者 _____

ケア施設電話 _____

訪問日時 _____

訪問登録スタッフ (区分 講師: K インストラクター: I セラピスト: S)

年 (開始月 1月 最終月 12月)

氏名	会員番号	資格	電話番号	住所	年 (開始月 1月 最終月 12月)												参加回数							
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12								
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

施設訪問リーダー

氏名	会員番号	資格	電話番号	住所	年 (開始月 1月 最終月 12月)												参加回数								

計

※提出先は、事務局まで

※報告書提出期限

1・2・3・4・5・6月分……7月末迄

7・8・9・10・11・12月分…… 1月末迄(厳守)

但し 施設よりケア活動費を頂いている施設は、毎月提出

スタッフ数																								
体験者数																								