**ケア活動訪問先新規登録・更新・変更届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 施術活動事業 | 事務局 | ケア先リーダー |
|  | 　 |  |  |

**■施設名：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　（種別 ／ デイサービス・デイケア・緩和ケア病棟・ホスピス・その他　　　　　）

　　　　　代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**■住　所：＿**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　〒＿＿＿＿＿＿

　　　　TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　施設側担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**■担当支部（エリア）リーダー：**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**■ケア先リーダー：**

　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　ボランティアメンバー

　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**■訪問頻度：**月・週　　　回　（AM　　　　　　　　　／PM　　　　　　　　　）

　　　　　　（月・火・水・木・金・土・日 ／　第　　　　曜日・第　　　　　曜日）

**■謝礼の有無：**

**■訪問開始日：**　　　　年　　　月　　　日

**■協会HP掲載**　　可・不可

**■実習生受入れ**　　可・不可　　※受入れに条件がある場合は、記載をお願いします。

例えば「受入れる場合は講師の引率を希望します」

　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）