

## 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」

( \_\_\_\_\_ )