地域介護予防等活動支援事業　講師バンク登録票

次のとおり、洞爺湖町地域介護予防等活動支援事業の講師バンクへの登録を申請します。

地域包括支援センター等から講師・指導の依頼があった場合には、責任をもって引き受けます。

また、以下の登録情報の≪公開≫項目について、洞爺湖町ホームページや広報への掲載、会議等で公開することを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：　　　　　　　　　　　　　　印

１．事業所情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名≪公開≫ |  |
| 事業所住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 登録者 | 別紙名簿のとおり |
| 口座振込先 | 　　　　　　銀　　行信用金庫信用組合 | 本　店支　店出張所 | 普通・当座・その他 |
| 口座番号 |  | 口座名義人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |

２．活動内容

　別紙名簿のとおり

※地域包括支援センター記入欄

|  |
| --- |
|  |
| 受付日 |  | 担当者 |  |
| 登録日 |  | 登録番号 |  |

登録者名簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 資格≪公開≫ | 連絡先電話番号 | 活動可能なテーマ※１≪公開≫ | 活動可能な日程≪公開≫ | 報酬支払先※２ |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | その他（具体的に記載） | 平日 | 土曜日 | 日曜日 | その他（具体的に記載） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 午前午後 | 午前午後 | 午前午後 |  | 本人事業所 |

　※１　活動可能なテーマは以下のとおりです

　　　　　①運動器の機能を向上させるためのプログラム　　　　　　　　　　　②低栄養等の栄養状態を向上させるためのプログラム

　　　　　③口腔機能を向上させるためのプログラム　　　　　　　　　　　　　④介護に関する知識及び技術を学ぶためのプログラム

　　　　　⑤健康維持増進に関する知識及び技術を学ぶためのプログラム　　　　⑥その他（具体的に記載してください）

※２　報酬支払先が本人の場合は、別途「口座振替払申出書」の提出が必要となります