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。

　　【公開項目】※以下の項目のうち、公開を希望しない項目には×をつけてください

資格・職場・活動可能なテーマ・活動可能な日程

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）：

１．登録者情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | 生年月日 | | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 性別 | | 男・女 |
| 自宅住所 | 〒 | | 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 携帯番号 | |  |
| 資格  ≪公開≫ |  | | 職場≪公開≫ | |  |
|  | | 職場電話番号 | |  |
| 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 活動可能なテーマ  ≪公開≫ | （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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 活動可能な日程  ≪公開≫ | 平日 | 午前・午後・夜間 | その他（具体的に記載） |
| 土曜日 | 午前・午後・夜間 |
| 日曜日 | 午前・午後・夜間 |

※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 |  |