

FAXまたはメールにてご提出ください。※ 押印不要, 送信票添付不要

一般社団法人滋賀県介護老人保健施設協会事務局 宛

FAX : 077-599-4602 E mail : shiga.intl@lake.ocn.ne.jp

(様式 6-①)

令和 年 月 日

生活機能向上支援事業 利用報告書

法人・事業所名 :

担当者名 :

生活機能向上支援事業にかかる専門職の派遣を受けたので、次の通り報告します。

第一回

| 日 時 | 令和 年 月 日 |
|-------------------------|----------------------------|
| 場 所 オンラインの場合はオンラインに○ | or オンライン |
| 担当専門職 | |
| 参加者数と内訳 名 | 職種 = 名 職種 = 名 職種 = 名 |
| 主な内容・テーマ | |
| 改善したこと 参考になったこと | |
| 感想・要望等 | |
| 備 考 (次回予定など) | |