

(表)

別記様式第2号(第6条関係)

年 月 日

(宛先) 新潟市長

元気力アップ・サポーター受入協力機関指定申請書

新潟市元気力アップ・サポーターの受入協力機関の指定について申請します。

【申請者】

事業所(名称)

介護保険事業所番号

郵便番号

住所

代表者氏名

(法人名)

区 分	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	
区 分	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 保育園	
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 障がい者支援施設等(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 公民館	
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 図書館	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 病院	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 特別支援学校	
	<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める施設、事業所等		
	活動内容	<input type="checkbox"/> レクリエーションなどの指導, 参加支援	
		<input type="checkbox"/> お茶だしや食堂内の配膳・下膳などの補助	
		<input type="checkbox"/> 喫茶などの運営補助	
		<input type="checkbox"/> 散歩, 外出, 館内移動の補助	
<input type="checkbox"/> 模擬店, 会場設営, 利用者の移動補助, 芸能披露などの施設行事の手伝い			
<input type="checkbox"/> 入所者, 利用者の話し相手			
<input type="checkbox"/> その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動			

区 分	氏 名	連絡先電話番号
スタンプ管理者		
サポーター受入担当者		
電子メールアドレス		

(裏)

サポーター募集の具体的な内容

サービスの種類							
受入希望日時	日	月	火	水	木	金	土
時間帯	午前	午前	午前	午前	午前	午前	午前
	午後	午後	午後	午後	午後	午後	午後
受入希望人数							
具体的な募集内容 主な活動場所							
施設・事業所の PR							

サービスの種類							
受入希望日時	日	月	火	水	木	金	土
時間帯	午前	午前	午前	午前	午前	午前	午前
	午後	午後	午後	午後	午後	午後	午後
受入希望人数							
具体的な募集内容 主な活動場所							
施設・事業所の PR							

サービスの種類							
受入希望日時	日	月	火	水	木	金	土
時間帯	午前	午前	午前	午前	午前	午前	午前
	午後	午後	午後	午後	午後	午後	午後
受入希望人数							
具体的な募集内容 主な活動場所							
施設・事業所の PR							