**きらっと元気教室申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　実施事業者等** | | | | | | | | |
| **(１)実施事業者** | | | | | | | | |
| 〒　　　　－  住所：  事業所名：  担当者：  電話：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail：  ※契約書の送付先・担当者など異なる場合のみ、下欄に記入ください。  （契約書）送付先：  　　　　　担当者： | | | | | | | | |
| **(２)受託予定日** | 月　　火　　水　　木　　金　　土　　日　　※〇を付ける | | | | | | | |
| **(３)委託事業の営**  **業提供時間** | 平　　　日　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：  土　　　曜　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：  日曜・祝日　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　： | | | | | | | |
| **(４)送迎（有・無）** | 有（送迎の範囲）　　　　　　　　例）片道３０分程度まで | | | | | | 無 | |
| **(５)定　　　　員** | 人 | | **(６) 実施場所の面積** | | | ㎡ | | |
| **(７)実施予定場所の所在地（１）** | | | | **実施予定場所の所在地（２）** | | | | |
| 住所：  事業所名：  電話： | | | | 住所：  事業所名：  電話： | | | | |
| **（８）同一敷地内で通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）、通所介護（介護予防通所介護相当サービス）等を実施する場合は、プログラムで分ける方法等それぞれのサービス区分の方法を記載してください。** | | | | | | | | |
| ※該当する場合のみ記載 | | | | | | | | |
| **（９）担当職員　（事業に従事する職員を全員記入すること）** | | | | | | | |
| 区分 | | 職種・資格名 | | | 名前 | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |
| 従事者 | |  | | |  | | |

※専門職の指導のもと、補助的に資格を有さない者がサービスを提供する場合も従事者として記載してください。