

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 回

日 時	令和 年 月 日
場 所 <small>オンラインの場合はオンラインに○</small>	or オンライン
担当専門職	
参加者数と内訳	職種 = 名 名 職種 = 名 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)	