

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 6-②)

## 生活機能向上支援事業 支援実施報告書

作成日 \_\_\_\_\_

所属事業所名 \_\_\_\_\_

登録専門職名 \_\_\_\_\_

生活機能向上支援事業にかかる支援を実施しましたので、次の通り報告します。

第 \_\_\_\_\_ 回 (参加者数 \_\_\_\_\_ 名)

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
支援事業所 / 担当者名	_____ / _____
主な内容・テーマ	
支援・指導の内容	
目標達成度 (課題など)	
備 考 (次回予定など)	