介護サポーターポイント制度自治会型デイホーム自主開催分

活動報告書（　　　月分）

実施地区・会場名：

記入者：　　　　　　　　　（連絡先）

専任職員氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 介護サポーター  氏　　名 | 開　催　日　時 | | | | | 合計  ポイント  数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

* 開催にあたっては、サポーターは地域の高齢者を訪問して参加を呼びかけるなど、見守りにつながる活動を実施するようにしてください。
* 自主開催の実施状況と協力サポーター名がわかる書類を、この報告書に代えることができます。

【送付先】福井市　地域包括ケア推進課

TEL ：２０－５４００ FAX ：２０－５４２６　　E-mail ：houkatsucare@city.fukui.lg.jp

介護サポーターポイント制度自治会型デイホーム自主開催分

記入例

活動報告書（　９　月分）

実施地区・会場名：　包括地区　中央集会場

記入者：　介護　太郎　　　（連絡先）１２－０９８７

専任職員氏名：　大手　花子

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 介護サポーター  氏　　名 | 開　催　日　時 | | | | | 合計  ポイント  数 |
| 9/3 | 9/10 | 9/17 | 9/24 | 9/30 |
| 10:00  ～ 12:00 | 10:00  ～ 12:00 | 10:00  ～ 12:30 | 10:00  ～ 12:00 | 10:00  ～ 12:30 |
| 1 | 介護　太郎 | ○ | × | ○ | ○ | × | 600 |
| 2 | さぽーと　次郎 | ○ | × | × | × | ○ | 400 |
| 3 | 不死鳥　福子 | × | ○ | ○ | × | ○ | 600 |
| 4 | あじさい　美好 | × | ○ | × | ○ | × | 400 |
| 5 | ゆめまる　三郎 | × | × | × | ○ | × | 200 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

* 開催にあたっては、サポーターは地域の高齢者を訪問して参加を呼びかけるなど、見守りにつながる活動を実施するようにしてください。
* 自主開催の実施状況と協力サポーター名がわかる書類を、この報告書に代えることができます。

【送付先】福井市　地域包括ケア推進課

TEL ：２０－５４００ FAX ：２０－５４２６　　E-mail ：houkatsucare@city.fukui.lg.jp