介護サポーター受け入れ希望票

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 福井市 |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

管 理 機 関　様

　介護サポーターポイント制度の受け入れについて、下記のとおり希望します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 |  |
| 内　　容 |  |
| 期　　間 |  |
| 時　　間 |  |
| 人　　数 |  |
| 備　　考 |  |

介護サポーター受け入れ希望票

記入例

　　年　　月　　日

管 理 機 関　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒９１０－００００  福井市包括３丁目１０－１ |
| 事業所名 | ほうかつ苑 |
| 担当者名 | 福井太郎 |
| 電話番号 | １２－３４５６ |
| ＦＡＸ番号 | １２－７８９０ |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | houkatsuen@ｘｘｘ.co.jp |

　介護サポーターポイント制度の受け入れについて、下記のとおり希望します。

　　記

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 | 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 内容 | ①将棋、碁などの相手  ②レクリエーション活動の補助  ③手芸などの指導・補助  ④シーツ交換、配膳など |
| 期間 | 毎週水・土曜日 |
| 時間 | 水曜日：午前１１時～午後１時  土曜日：午後１時～午後３時 |
| 人数 | 各曜日8人ほど |
| 備考 |  |