

様式3

シニアリーダー養成講座プログラム

(区 第 コース)

(1) 事業プログラム

| 回 | 日程 | プログラム内容 | 目標 |
|----|----|---------|----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |

様式5

(受注者) 住所
法人名

代表者職・氏名

印

シニアリーダー養成講座事業実績報告
(区 第 コース)

| 回 | 日程 | 主なプログラム | 参加者数 | スタッフ数 | 備考 |
|----|----|---------|------|-------|----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

お気づきのことがあればご記入ください。

ちばシティポイント 後日付与情報登録

事業名 シニアリーダー活動
 期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
 登録件数 _____
 ポイント合計 _____

| No. | ちば風太WAONカード番号 又は ちばシティポイントアプリUID | 付与ポイント数 | 教室名 |
|-----|--|---------|-------|
| 記載例 | 6900170123456789 | 50 | 〇〇公民館 |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |

従事職員名簿

| | | 職種・資格名 | 氏名 | 経験年数 | 雇用形態 | 従事する業務内容 |
|----|-----|---------|----|------|------|--------------------|
| 1 | 責任者 | 主任理学療法士 | | | | 全体の総括 |
| 2 | | 管理栄養士 | | | | 養成講座 (中央区第1コース) |
| 3 | | 理学療法士 | | | | 中央区連絡会支援 |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

※雇用形態の欄は、常勤・非常勤・派遣等を記入すること。
 ※適宜行を追加すること。