

仕様書様式 1

令和6年度 チャレンジシニア教室事業

(区 第 コース)

(1) 事業プログラム（事業所名： ）

回	日 程	プロ グラム	内 容	目 標
1	月 日	運動		
		栄養		
		口腔		
		認知		
2	月 日	運動		
		栄養		
		口腔		
		認知		
3	月 日	運動		
		栄養		
		口腔		
		認知		
4	月 日	運動		
		栄養		
		口腔		
		認知		
5	月 日	運動		
		栄養		
		口腔		
		認知		
6	月 日	運動		
		栄養		
		口腔		
		認知		

※ プログラム欄は、実施する場合に○印を記入してください

参考様式 1

(2) 従事職員一覧

職種・資格名		看護師	運動指導士	管理栄養士	歯科衛生士	アシスタント	従事職員実人数
プログラム		運動	運動	栄養	口腔	運動	合計
1回	月 日	人	人	人	人	人	人
2回	月 日	人	人	人	人	人	人
3回	月 日	人	人	人	人	人	人
4回	月 日	人	人	人	人	人	人
5回	月 日	人	人	人	人	人	人
6回	月 日	人	人	人	人	人	人

※ プログラムの欄には、主に従事するプログラム名（運動・栄養・口腔）を記入してください

プログラム	中心となる担当者			
	職種・資格名	氏 名	経験年数	雇用形態
運動器の機能向上	健康運動指導士			
栄養改善	管理栄養士			
口腔機能の向上	歯科衛生士			
運動器の機能向上	看護師			

※ 雇用形態の欄は、常勤、非常勤、派遣等を記入してください。

※ プログラムの責任者と実施責任者が異なる場合は、複数の職員を記載してもかまいません。