

地域支え合い型訪問支援・通所支援事業サービス計画書（通所支援）

名称(ふりがな)	
名称	
郵便番号・所在地	〒
電話番号・FAX	
電子メールアドレス	
サービス内容	<p>・通所支援の愛称名</p> <p>・活動場所</p> <p>・定員 名(平均利用人数 名)</p> <p>・受入対象者(支援対象者以外)</p> <p>□高齢者(自立) □高齢者(要介護)</p> <p>□児童 □障害者 □その他()</p> <p>・通所支援開催中のスタッフ人数 名</p> <p>・ペットの同伴 □可 ・ □不可</p> <p>・主な活動内容</p> <p style="text-align: right;">【 例 】</p> <p style="text-align: right;">・10:00 ~ 出欠確認</p> <p style="text-align: right;">・10:15 ~ 手芸・脳トレ</p> <p style="text-align: right;">・11:00 ~ 介護予防体操</p> <p style="text-align: right;">・11:30 ~ 利用者交流</p> <p style="text-align: right;">・12:00 解散</p> <p>・体操の内容、時間((分))</p>
提供日(平日) 時間	: ~ : (曜日)
提供日(土曜) 時間	: ~ : (曜日)
提供日(日曜) 時間	: ~ :
定休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・その他()
対象エリア	
利用者負担額	□ /回 □ /時間 □ その他()
その他(利用する場合の手続きなど)	
法人番号の有無	□ 法人番号あり() □ 法人番号なし
法人名称(ふりがな)	
法人名称	