**【様式２】**

**短期集中型通所サービス事業実施報告書**

**事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日時 | 年　　　月　　　日　（　　　）　　　　　：　　　　～　　　　： | | |
| 開催場所 |  | | |
| 参加者 | 参加者　　　　人　／　登録者　　　　人  　見学者　　　　人 | | |
| スタッフ及び  その他職員等 | 担当 | 氏名 | 職種 |
| 機能訓練指導員等 |  |  |
| 介護職員 |  |  |
| 専門職スタッフ |  |  |
| 専門職講師（加算対象者） |  |  |
| その他 |  |  |
| ボランティア |  |  |
| 地域包括支援センター |  |
| 実施内容  （プログラム） | 集団プログラム（プログラム名、内容、（簡単に）、参加者の反応） | | |
| 個別プログラム（対象者、内容（簡単に）、参加者の反応） | | |
| 評価  （課題や方針） |  | | |

※事業終了後毎回記載し、１ヶ月分まとめて翌月１０日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。