様式第1号

**介護予防活動普及展開事業**

**アドバイザー派遣申込書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市　　町　　名 | |  | | |
|  | 担当課名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 派遣希望事項（記入又は希望するものに〇をしてください。） | | | | |
| 派　遣　時　期 | |  | | |
| 派　遣　場　所 | |  | | |
| 主な派遣要請内容  ※複数回答可 | | ①自立支援型の地域ケア会議等の立上げに関すること | | |
| ②自立支援型の地域ケア会議等の運営に関すること | | |
| ③自立支援型の地域ケア会議等実施後の課題に関すること | | |
| ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　に関すること） | | |
| 地域ケア会議等の実績  （前年度の件数） | | 自立支援型の会議 | 困難事例の会議 | その他 |
|  |  |  |
| 自立支援型の地域ケア会議等における目標 | |  | | |
| 自立支援型の地域ケア会議等を開催する理由（目的）  （市町計画における位置づけ） | |  | | |
| 助言等を依頼したい  内容等  ※　上記①～④の区分ごとに，具体的に記入してください。 | |  | | |
| その他  ※　事前に連絡しておきたいことなど，自由に記入してください。 | |  | | |

様式第２号

**介護予防活動普及展開事業**

**アドバイザー派遣実施報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市　　町　　名 | | |  |
|  | 担当課名 | |  |
| 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 担当者名 | |  |
| 実施日時 | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： | |
| 派遣場所 | |  | |
| 対象者及び  人数等 | |  | |
| アドバイザーからの支援内容 | |  | |
| アドバイザーからの支援成果 | |  | |
| 会議から見えてきた地域の課題 | |  | |
| 今後の課題 | |  | |
| 今後のアドバイザー派遣の有無・時期 | | 希望する（　時期　：　　　　　　　　　　　　　）　・　希望しない | |
| 特記事項 | |  | |

※　支援当日に活用した資料等があれば，添付してください。