様式第1号

**地域づくりによる介護予防推進支援事業**

**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住民主体の通いの場の立ち上げに関すること | |
| ②住民主体の通いの場の継続に関すること | |
| ③住民主体の通いの場の評価に関すること | |
| ④住民主体の通いの場参加者（リーダー）交流会に関すること | |
| ⑤住民主体の通いの場の立ち上げ・拡充のための地域診断及び戦略策定（仕組みづくり）に関すること | |
| ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　に関すること） | |
| 通いの場の実績  （前年度の設置数） | | 前年度の設置数（　　年　　月末現在） | 今年度の目標設置数 |
|  |  |
| 住民主体の通いの場  における目標（方向性） | |  | |
| 助言等を依頼したい  内容等  ※　上記①～⑥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

**地域づくりによる介護予防推進支援事業**

**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 | |  | |
| 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。