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個別会議の立上げに関する助言 |
| ②自立支援型の地域ケア個別会議等の運営に関する助言 |
| ③地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所職員等を対象とした自立支援型ケアマネジメント研修の講師 |
| ④自立支援型の地域ケア個別会議助言者を対象とした研修の講師 |
| ⑤自立支援型の地域ケア個別会議で検討する事例のアセスメントへの助言 |
| ⑥自立支援型の地域ケア個別会議の会議内での助言 |
| ⑦短期集中予防サービスに関する研修 |
| ⑧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 |  |
| その他 |  |

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 |  |

※　支援当日に活用した資料等があれば、添付してください。