【様式２】

**短期集中型通所サービス事業実施報告書［日別］**

**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 | 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。