

(記入例)

年度秋田市通所型介護予防事業委託業務計画書

年 月 日

法人（団体）名 法人住所	法人で複数事業所がある場合、実施事業所ごとに提出してください。	
実施施設名 実施施設住所		
実施施設管理者等	実施期間と、実施する曜日が決まっている場合は記載ください。	
事業担当者名 連絡先	電話：	FAX：
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
定休日		
送迎	無・有（送迎範囲）	
プログラム別の 職員配置 （職種および人数）	運動器の 機能向上	職種： 人数： 職種： 人数： 職種： 人数：
	栄養改善	職種：管理栄養士（必須） 人数： 職種： 人数：
	口腔機能の向上	職種： 人数： 職種： 人数：
プログラム別の 事業内容 （実施を予定して いる主な事業内容）	運動器の機能向上	（ ストレッチ ・ 簡易器具使用 ・ その他 ）
	栄養改善	参加者1人1人の状態に応じて、目標の達成に向けた効果的なプログラムを提供するという点を明記してください。
	口腔機能の向上	

【添付書類】

※ 運動器の機能向上は、市で設定した「運動器の機能向上プログラム個別サービス計画書兼事前事後アセスメント表」以外に使用する書類がある場合は、その書類を添付して下さい。

※ 栄養改善、口腔機能の向上は、事前事後アセスメント表及び評価表を添付して下さい。