様式１

福祉コミュニティサポートアドバイザー派遣申込書

申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 代表者名 |  | 担当者名 |  |
| 事業所住所 | 〒 | | |
| 電話・FAX | TEL 　 ( 　　 ) FAX ( 　　 ) | | |
| メールアドレス |  | | |
| 希望する　支援内容 | １　地域福祉（活動）計画に関する助言…　策定 ・ 見直し ・ 推進 ・ ほか  　２　地域包括支援体制整備に関する支援  　３　福祉コミュニティ体制作りに係る住民向け及び多機関参加型研修の講師  　４　地域支援検討会議等への助言  　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 〈現在の状況及び課題〉  〈希望する具体的な支援内容〉 | | | |
| 派遣希望日及び派遣場所 | 第１希望　　日時：　　　　　年　　月　　日（　）　　　　　　時　　～　　時  場所：  第２希望　　日時：　　　　　年　　月　　日（　）　　　　　　時　　～　　時  場所： | | |