

専門職の派遣申込書

記入日: 令和 年 月 日

団体名		
派遣場所 (住所)	施設名	
	仙台市 区	
活動頻度	(普段活動していない場合) 年 _____ 回 ・ _____ 回目	参加予定人数 _____ 人
普段の 活動内容	当てはまるものに○をつけてください(複数可)。普段活動していない場合は、未記入で構いません。 茶話会・食事会・趣味活動・運動・その他()	
該当すれば☑	<input type="checkbox"/> 介護予防自主グループです。 <input type="checkbox"/> 今までに【リハビリ・栄養】の専門職を派遣してもらったことがあります。	
申込代表者の 連絡先	氏名 _____ 様	電話番号 _____
派遣を希望する 専門職 ☑してください	健康づくり応援事業 <input type="checkbox"/> リハビリテーションの専門職 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士から1名)	シニア世代向け介護予防栄養講座 <input type="checkbox"/> 栄養の専門職 (管理栄養士)
	依頼内容 優先したい内容を それぞれ2つまで 選んでください。	<input type="checkbox"/> 健康づくりについての話が聞きたい。 <input type="checkbox"/> 団体の普段の活動として運動を取り入れてみたい。 <input type="checkbox"/> 普段取り組んでいる内容を確認してほしい。 <input type="checkbox"/> お口の健康を保つ方法を知りたい。 <input type="checkbox"/> 私たちに合った運動方法を知りたい。 その他ご要望や、相談のきっかけ等
派遣希望日 ※申込日から 2か月以上先	<第1希望> 月 日() : ~ :	<第1希望> 月 日() : ~ :
	<第2希望> 月 日() : ~ :	<第2希望> 月 日() : ~ :
※ 各専門職を同日に派遣することはできません		

【わかればご記入ください】 担当: _____ 地域包括支援センター 担当者: _____

※担当者記入欄

受付日	受付番号	派遣予定日
/		/

[裏面の記入もお願いいたします。]

申込代表者の方へ

お申し込みいただき、ありがとうございます。
参考とさせていただくため、事前のアンケートへのご協力をお願いいたします。

(1) この事業を、どのように知りましたか(当てはまるものいくつかでも○)。

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 地域包括支援センターからの案内 | 2. 友人・家族・知人からの紹介 |
| 3. 民生委員からの案内 | 4. 老人クラブ、町内会からの案内 |
| 5. 地区社協からの案内 | 6. 市民センター等にあったチラシ |
| 7. 市政だより | 8. その他 () |

(2) あなたの気持ちについて、あてはまるものに○をつけてください。

	とても高い	やや高い	ふつう	やや低い	とても低い
①健康づくりへの関心	5	4	3	2	1
②専門職の訪問への期待度	5	4	3	2	1
③活動継続への意欲	5	4	3	2	1

(3) 団体の参加者の様子について、あてはまるものに○をつけてください。

	とても高い	やや高い	ふつう	やや低い	とても低い
①健康づくりへの関心	5	4	3	2	1
②専門職の訪問への期待度	5	4	3	2	1
③活動継続への意欲	5	4	3	2	1

(4) 専門職に相談したいことがあればご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました。