

徳島市介護職員等研修支援事業講師派遣依頼書

(住民運営の通いの場実施団体)

徳 島 市 長 殿

申請者	団体（事業所）名	
	代表者氏名	印
	住所	〒 -
	電話番号・FAX	
	担当者氏名 (職種/役職)	職種： 役職：

次のとおり講師の派遣について申請します。

派遣希望日時	第 1 希望	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	第 2 希望	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	第 3 希望	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	※あげていただいた複数の日時で、日程を調整しますので、「第 1 希望」とならないこともあります	
会場 (実施場所)	会場名	
	住所	
参加予定人数		人
希望される研修テーマ		
希望される講師の職種 ※いずれかを○で囲んでください		・理学療法士 ・歯科医師 ・医療ソーシャルワーカー ・言語聴覚士 ・管理栄養士、栄養士
研修の具体的なご要望があれば、ご記入ください。		
該当条項の確認 右記項目を確認のうえ、☑を記入してください。(すべての項目に☑が入らない場合は申請できません)		次のいずれにも該当する団体であることを確認のうえ、講師の派遣を申込みます。 <input type="checkbox"/> (1) 通いの場を原則として月 1 回以上開催していること。 <input type="checkbox"/> (2) 通いの場の参加者がおおむね 5 名以上の市内に居住する者であって、主として 65 歳以上であること。 <input type="checkbox"/> (3) 介護予防に資する介護予防活動等を実施していること。 <input type="checkbox"/> (4) 政治若しくは宗教に係る活動を行う団体又は営利を目的とした団体でないこと。 <input type="checkbox"/> (5) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年 5 月 15 日法律第 77 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団又はその構成員（暴力団の構成団体の構成員を含む。）若しくは暴力団の構成員でなくなった日から 5 年を経過しない者の統制下にある団体でないこと。