

介護のフロによる出張講座 報告書

令和 年 月 日

実施事業者		担当者	
講師名		職種	

実施内容

依頼団体		代表者名	
講座内容			
開催日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
開催場所	施設名： 所在地：		
対象者	1、いきいきサロン 2、老人クラブ 3、自主グループ 4、その他 ()		
参加人数			
所感			

実施後10日以内に幸田町介護サービス事業者連絡協議会事務局
(幸田町中部地域包括支援センター内)に提出してください。

FAX 0564-62-7254

