参考様式９

**年度　通所型サービスＣ事業計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム種別 | 運動器の機能向上　・　栄養改善　・　口腔機能向上　・　認知症予防 |
| 事業所（事業実施場所） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 併設事業所の事業内容 | □　通所介護事業者（指定済み・今後指定申請予定）□　通所リハビリテーション事業者（指定済み・今後指定申請予定）□　介護予防通所介護相当サービス指定事業者（指定済み・今後指定申請予定）□　介護予防通所リハビリテーション事業者（指定済み・今後指定申請予定）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業実施期間 | 　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 特色・ＰＲ・事業所・教室 |  |
| 事業内容 | 項　　目 | 具体的内容 |
| 目　的 |  |
| 職員の配置・ 人数・ 職種 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容 | 項　　目 | 具体的内容  |
| 内容①・ 全実施回数（週○回・計△回）・１週間あたりの回数（曜日・開催時間） |  |
| 内容②・ 概要・ 1クールの内容・ 1日のプログラム |  |
| 事業評価 |  |
| その他・送迎の有無・送迎範囲 |  |

注：実施プログラムごとに１部ずつ作成すること。