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。