

年 月 日

（あて先）

甲 府 市 長

申請者

住 所

法人名

代表者

印

甲府市笑顔ふれあい介護サポーター受入機関指定申請書

甲府市笑顔ふれあい介護サポーター受入施設として指定を受けたいので、甲府市笑顔ふれあい介護サポーター事業実施要綱第9第2項に基づき申請します。

事業所番号									
事業所名									
希望活動内容 (○印をつけてください。)	1 クリエイション等の指導及び参加支援				2 施設の催事や行事の手伝い				
	3 お茶出し、配膳、下膳等の補助				4 散歩、外出及び館内移動の補助				
	5 利用者の話し相手				6 床掃除、草刈り、洗濯物の整理等				
	7 その他 ()								
担当者名									
連絡先	TEL								
	FAX								
	e-mail								

登録決定		
受付担当	係長	課長

登録 番号	
----------	--