**シルバーリハビリ体操　兼　介護支援いきいきポイント事業登録者　実施報告書**

**（ 令和　　年　　月分 ）**

**※いきいきポイントは、体操指導時間に対してポイントがつきます**

。

**提出日：令和　　年　　月　　日**

通いの場への参加時間を

ご記入ください。

シルリハ体操の指導時間を

ご記入ください。

**氏名 　　　 　　　　　　　 指導士番号（ 　－　　　　 ）**

担当指導士数をご記入ください

指導士数は除く

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日付** | **指導時間** | **参加時間** | **場所** | **参加**  **人数** | **指導士数** | **担当指導士名** | **備考（連絡事項等）** |
| **（参考例）**  **7/3** | **13：30～**  **14：00** | **13：30～**  **15：00** | **市民活動センター** | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  | **８月から月２回実施する。** |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **日付** | **指導時間** | **参加時間** | **場所** | **参加**  **人数** | **指導士数** | **担当指導士名** | **備考（連絡事項等）** |
| **（参考例）**  **7/3** | **13：30～**  **14：00** | **13：30～**  **15：00** | **市民活動センター** | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  | **８月から月２回実施する。** |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |
| **/** |  |  |  | **男性　　　人**  **女性　　　人** | **人** |  |  |

※原則翌月10日までに社会福祉協議会ボランティアセンターへ提出願います（難しければ、最低でも3か月に1回は必ず報告してください）

報告書を提出いただきましたら、ポイント手帳にスタンプを押印します。  
※ポイントは一日上限2ポイントまでです。　  
連絡先 苫小牧市社会福祉協議会ボランティアセンター（電話 ８４－６４８１　ＦＡＸ ３４－８１４１）

苫小牧市役所介護福祉課地域包括係（電話 ３２－６３４７　FAX ３１－４５２６）