

様式第5号

ステップアップ通所型サービス（通所型サービスC）実施計画書

法人名 \_\_\_\_\_

施設名称		
施設住所		
使用する設備等		
組合が定める利用者負担費用 以外に徴収する利用料	有 ・ 無 （有の場合の内容： _____）	
事業開始予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）	
（曜日と実施時間）	毎週 _____ 曜日	_____ 時 _____ 分から _____ 時 _____ 分まで
定員（1回あたり）		
実施計画書	別紙2	

別紙2 (実施計画書)

法人名

1	運動プログラム・認知症予防プログラム	従事者 (職種と人数)
2	栄養プログラム	従事者 (職種と人数)
3	口腔プログラム	従事者 (職種と人数)