**事業計画書（事業変更計画書）**

１　実施者について

|  |  |
| --- | --- |
| 団体、グループ名 |  |
| 団体の所在地又は、代表者の住所 | 〒岩国市 |
| 代表者 | （役職）　　　　　　　　（氏名） |
| （電話） |
| （ＦＡＸ） |
| （メール） |
| 構成人数 |  |

２　第１号通所事業（住民による支援）について

|  |
| --- |
| 1. 実施場所（会場）の名称及び所在地
 |
| （名称）（所在地） |
| 1. 実施日時等
 |
| ・事業開始時期　　　　　　　　年　　　月　　　日から・実施日（定例）　　　　　　　曜日　※週１回程度、年間40回以上・実施時間（基本）　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分・サービス利用者数（予定）　※１回当たり　　要支援者　　　人、事業対象者　　　人、要介護者他　　　人、合計　　　　人・サービスの利用が可能な地域名　　　　　　　　　　　　　地域 |
| 1. 事業内容（利用者が取り組む内容の□にチェックを入れてください。）
 |
| □ 介護予防のための体操、運動　　□ 会食、茶話会□ 認知症予防のための活動　　　　□ 趣味活動等を通じた日中の居場所づくり□ 定期的な交流会　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 送迎の有無（□にチェックを入れてください。）
 |
| □ あり　　・　　□ なし |