

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	運動器の機能向上プログラム・認知症予防プログラム	従事者（職種と人数）
2	栄養改善プログラム	従事者（職種と人数）
3	口腔機能向上プログラム	従事者（職種と人数）

※ 2， 3 は実施する場合のみ記入