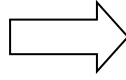


# 介護支援ボランティア活動実績報告書

(本紙のみ送信ください)

20 年 月

施設担当者記入欄	
受入機関番号	
受入機関名称	
担当者	
通信欄	



秋田市社会福祉協議会	
介護支援ボランティア制度担当者	
FAX 018-863-6068	
E-mail	

介護支援ボランティアの方は太枠以外にご記入ください。

						施設担当者 記入欄
日付	登録番号	氏名	開始時間	終了時間	備考欄(連絡・感想等)	※スタンプ 押印数
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2
/			:	:		0・1・2

※スタンプ押印数欄には実際に手帳に押した数に○をつけてください。

- ・100個を超えていない場合→スタンプを押した数「1」か「2」
- ・すでに1日2個押されている、または100個を超えている場合→「0」

※この活動実績報告書は月末で締めて翌月の12日までFAXかメールで送付してください。

実績がない場合も、通信欄へ「実績なし」と記入し送付してください。