

徳島市介護職員等研修支援事業用DVD貸出利用報告書

徳島市長 殿

申請者	団体（事業所）名	
	代表者氏名	印
	住所	〒      ー
	電話番号・FAX	
	担当者氏名 (職種/役職)	職種：                  役職：

次のとおり事業の利用状況について報告します。

貸出期間	年      月      日（      曜日）～ 年      月      日（      曜日）	
会場 (視聴場所)	会場名	
	住所	
視聴人数及び職種	視聴人数：                                  人 主な職種（住民運営の通いの場実施団体は記入不要）：	
DVDタイトル		
DVDの感想・ 本事業へのご意見・ ご要望があれば、 ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 大変良かった <input type="checkbox"/> 良かった <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 良くなかった <input type="checkbox"/> 問題があった	} 当てはまるものにチェックを入れてください  【感想・意見・要望等】

※貸出期間終了後、10日以内にご報告ください。

【報告書提出先】徳島市健康長寿 地域ケア推進担当（☎621-5574）