事　業　計　画　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体（個人）名

■事業の概要等

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業名 | 居場所・通いの場 通所型サービスB |
| 事業開始（予定）日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業実施（予定）場所 | 名称：  住所：みやま市 |
| 実施（予定）曜日等 | □毎週　（　　　　　　　　　　　）曜日  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施（予定）時間 | 時　　　　分　～　　　　時　　　　分 |
| 参加者数 | 全体参加者数　　　　　　　人  １回あたり参加者数　　　　人 |
| 介護予防サポーター名 |  |
| 費用徴収 | □あり（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業内容（実施する具体的な内容） | ※できる限り具体的に記載すること。 |