第５号様式（第６条関係）

介護予防ボランティア活動実施記録簿

|  |  |
| --- | --- |
| 受入機関名 |  |

　　（活動１時間につき１ポイント。ただし1人１日２ポイントまで）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 活動実施日 | 登録番号 | 開始時間 | 終了時間 | ﾎﾟｲﾝﾄ数 |
| １ | 月　日 |  |  |  |  |
| ２ | 月　日 |  |  |  |  |
| ３ | 月　日 |  |  |  |  |
| ４ | 月　日 |  |  |  |  |
| ５ | 月　日 |  |  |  |  |
| ６ | 月　日 |  |  |  |  |
| ７ | 月　日 |  |  |  |  |
| ８ | 月　日 |  |  |  |  |
| ９ | 月　日 |  |  |  |  |
| 10 | 月　日 |  |  |  |  |
| 11 | 月　日 |  |  |  |  |
| 12 | 月　日 |  |  |  |  |
| 13 | 月　日 |  |  |  |  |
| 14 | 月　日 |  |  |  |  |
| 15 | 月　日 |  |  |  |  |
| 16 | 月　日 |  |  |  |  |
| 17 | 月　日 |  |  |  |  |
| 18 | 月　日 |  |  |  |  |
| 19 | 月　日 |  |  |  |  |
| 20 | 月　日 |  |  |  |  |

■受入機関は、半年ごとにこの記録簿の写しを市に提出してください。