

## 事業所訪問実績報告兼旅費精算書

訪 問 日	令和 年 月 日	北信	東信	中信	南信
訪 問 者	支部三役 ブロック長 連絡員 ( ) 委員 理事 その他 ( )				
	氏名				職場名
	自宅住所				
訪 問 先	事業所名				
	所在地				
	資格取得者	名	会員数	名	
訪問時対応者	氏 名				
	役 職	事務員 管理者 主任 介護職員 その他( )			
訪問時の状況	①下記の中から状況を選択して丸印をつける ・配布物を手渡しした ・説明を聞いてもらった ・質問された ・受け取ってもらえなかった ②具体的な状況				
配布部数	訪問9点セット	セット	入会申込書・振込用紙		部
その他					
旅費振込先	銀行名				
	支店名				
	口座番号				

訪問10点セット ①入会のご案内②長野県介護福祉士会パンフレット③安心三重奏チラシ  
 ④長野県介護福祉士会研修案内⑤支部、ブロック研修計画⑥入会申込書送付書  
 ⑦入会申込書⑧預金口座振替依頼書⑨キャンペーンチラシ（開催中のみ）

\* 上記9点セットのほか、近日開催の国会・支部・ブロック研修のチラシを持参する  
 \* ホームページ・Facebookの説明もして閲覧を勧める

※ 内容についてはわかる範囲で記入（不明な箇所は未記入で可）

※ 旅費精算の必要な方は自宅住所、職場名、訪問先事業所住所を記入してください

※ 記入後は事務局へ FAX またはメールにて報告  
 FAX026-223-6679