シニアサポーター　**芸能披露　依頼用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　（　　） | **受付No.** | ※事務局記入欄 |
| 団体情報 | 登録番号 | ―　　　　　― |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 施設名 |  | 担当者名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
|  | 日時※１回の申請につき1日※①か②どちらかのみ記入 | ① | 　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　：　　～　　：　　予備日【　　　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　：　　～　　：　　】 |
| ② | 　　年　　月　　日（　　）　**～**　　　　　　年　　月　　日（　　）の間のいずれかの日　　　午前・午後　　：　　～　　：　　 |
| 依頼内容 | 希望グループ　※１回３グループまで | **※事務局記入欄** | **連絡日時** |
| 第1希望 | No. |  | 内容 |  | **代表者** |  | **①依頼** |  |
| **TEL** |  | **FAX** |  | **②結果** |  |
|  | 名称 |  | **調整内容** | 代表者 | 可 ・ 否 |
|  | 第2希望 | No. |  | 内容 |  | **代表者** |  | **①依頼** |  |
| **TEL** |  | **FAX** |  | **②結果** |  |
|  | 名称 |  | **調整内容** | 代表者 | 可 ・ 否 |
|  | 第3希望 | No. |  | 内容 |  | **代表者** |  | **①依頼** |  |
| **TEL** |  | **FAX** |  | **②結果** |  |
|  | 名称 |  | **調整内容** | 代表者 | 可 ・ 否 |
| 補足情報 | 場所 |  | 広さ | （　　　　）畳　・　㎡ |
| 対象 | 人数 |  | 認知症（割合） | 有（　　　　割位）　・　無 |
| 用意可能 | マイク | （　　　本） | その他 |  |  |
| 電源 | 有　・　無 |  | アン | プ・ラジカセ・ホワイトボード |
| 駐車場 | 有（　　　台まで）　・　無 | 交通費 | 可　・　不可 |
| 留意点等 |  | 送迎 | 可　・　不可 |
| 【申込み先】㈱東海道シグマ　シニアサポーター係 | ※事務局記入欄 |
| **FAX：054-272-0323** ／ メール：senior-supporter@sigma-jp.co.jp | **受付日** |  |  |
| ※概ね1～2週間で調整を行います。※1団体様が一度にご依頼していただけるのは**1日程分のみ**です。（日時①か②）その結果が出てから、次の依頼をしてください。結果がOKの場合には、『活動予約日』を過ぎてから次の依頼をすることが可能です。※既にボランティアグループが行くことが決定している日は、再度ご依頼していただけません。※グループによっては事前見学・打合せを希望されるところもあります。事前対応が難しい場合には、依頼時「留意点等」欄へご記入ください。 |  | **①受付確認** |  |
| **連絡日時** | **②中間報告** |  |
|  | **③結果** |  |

※太枠内のみご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和5年5月1日更新版