地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣事業　備品等確認事項

（派遣担当者への連絡事項）

団体名：

団体代表者名：

会場名：

連絡先：

□会場　・たたみ　・フローリング　・カーペット

□机／椅子　・事務机／パイプ椅子等　・座卓／座卓用椅子・座布団

□広さ　または　□一人一人の間隔　２m程度の確保可能か

□調理施設　無　有　□コンロ（　ガス・　ＩＨ・　1口・　２口・　他）

□調理器具（

□プロジェクター　無　有　（担当者使用可　　不可　）

□スクリーン　無　有

□マイク　無　有

□コンセント　無　有

□ホワイトボード　無　有

□駐車場　無　有

（※映像機器が会場にない場合
□依頼団体等にて用意可能
□地域包括支援センターにて用意可能）

□参加者の年齢層
男女比

□当日一番聞きたいこと（依頼テーマ複数ある場合や，体を動かしたいなど）