（様式1-1）

**ＯＮＥアクション研修　実施計画書**

愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症施策推進室

ＯＮＥアクション研修担当　御中

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 名　　　　　称 |  |
|  | 住　所 | 郵便番号 |  |
|  |  | 住所 |  |
|  | 担当者 | 所属・役職 |  |
|  |  | 氏名 |  |
|  |  | 電話番号 |  |
|  |  | FAX番号 |  |
|  |  | e-mail |  |

ＯＮＥアクション研修について下記のとおり実施します。

# １．ＯＮＥアクション研修の実施を予定している支店・店舗等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・屋号 |  |
| 支店名・店舗名 |  |
| ステッカー番号 |  | ※既に取得している場合は記入してください |
| 所在地 | 郵便番号 |  |
|  | 住所 |  |
| 主な業種※該当するものに[x]  | [ ] 　銀行等金融関係　　[ ] 　生命保険会社　　　[ ] 　スーパー・百貨店[ ] 　ドラッグストアー　[ ] 　その他の小売店　　[ ] 　飲食店[ ] 　タクシー　　　　　[ ] 　鉄道・バス　　　　[ ] 　その他 |

# ２．ONEアクション研修の実施予定について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： | ～ |  | ： |  |
| 会場 | 名称 |  |
|  | 会場の所在地 |  |
| 受講者 | 受講対象 |  |
|  | 受講者数(予定) |  |

※講師派遣を希望する場合は、実施日及び開始時間については調整させていただく場合があります。

# ３．講師について

|  |  |
| --- | --- |
| 講師確保の方法 | [ ]  自社で対応※　[ ]  外部講師を依頼済み※　[ ]  未定（派遣を希望） |
| 講師 | 所属・役職 |  |
| 予定者 | 氏名 |  |

※講師確保ができている場合は、講師予定者欄をご記入ください。