（様式１）（CDE公募用）

**社会活動計画書 兼 社会単位申請書**

　申請日　令和　　年　　月　　日

佐賀糖尿病療養指導士会長　 様

|  |  |
| --- | --- |
| 地区名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者勤務先 |  |
| TEL/FAXアドレス |  |

　下記のとおり活動計画および社会単位を申請します（**プログラムなど参考資料添付）**

|  |  |
| --- | --- |
| 催物名称 |  |
| 主催者 |  |
| 開催日時 |  |
| 開催場所 |  |
| 参加対象（参加予定人員） | （　　　　　　　　名参加予定） |
| 内　容 |  |
| 参加費徴収 | **有料**（金額　　　　　円）　・　**無料** |
| 借用物品**※ＳＣＤＥバッジは必ず着用** | **有**・　**無**品名（数量）；ベスト（　　　　枚）、旗セット（　　　　式）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 社会単位票の作成依頼※「非会員は1単位」と併記する | **要**（ＣＤＥ会長名で事務局作成を依頼）・**不要**（主催者名で作成） |
| 単位票の受取日時等 | **日時（　　月　　日）　受領者氏名（　　　　　　）** |

**社会活動スタッフ公募内容**

|  |
| --- |
| **※活動する糖尿病療養指導士は原則として公募です。以下を記入して下さい（ＨＰ上で公募します）。** |
| 催物名称 |  |
| 日時（集合時間） |  |
| 集合場所 |  |
| 募集CDE人数・職種別人数 | （　　　　　　）名　・※特に募集職種を指定する場合は職種と人数を別途記載すること |
| 活動時間帯（準備片付けを含む） | ～ |
| 活動内容 |  |
| CDE公募期間 | 月　　　日　　～　　　月　　　日 |
| 参加申し込み方法 | 氏名、職種、所属先、携帯電話番号、メールアドレスを記載し下記へ申し込んでください。※記載に不備がある場合は受付できない可能性があります。 |
| 申込み先 | □FAX：□E-mail：□その他： |
| 問合せ先（担当者） |  |

（様式２）（CDE公募用）

**社会活動報告書**

　報告日　令和　　年　　月　　日

佐賀糖尿病療養指導士会長　 様

|  |  |
| --- | --- |
| 地区名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者勤務先 |  |
| TEL/FAXアドレス |  |

下記のとおり実施しましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 催物名称 |  |
| 主催者 |  |
| 開催日時 |  |
| 開催場所 |  |
| 参加者総数 |  |
| ＣＤＥの活動内容 |  |
| スタッフ数（内訳）※活動時間帯が分かれる場合は分けて記載するなど詳細を記入 | ・医療スタッフ数；　　　名**（うちＣＤＥスタッフ；　　　名）**・その他（　　　　　　　）；　　　名**参加スタッフ総数；　　　名** |
| 借用物品の返却（※借用した場合のみ記入） | 　**済** |
| 　**未**　　　　（返却予定日；　　年　　月　　日） |
| 備　考 |  |

●社会単位証明書発行の名簿（写し可）を添付すること。