

年 月 日

高齢者疑似体験セット亡失・損傷報告書

東三河広域連合長 様

申請者 所在地 〒440-0806
豊橋市八町通 2-16
団体名 グループホーム広域
代表者氏名 管理者 広域 連五郎

高齢者疑似体験セットの亡失・損傷について、下記のとおり報告します。

記		貸出を受けた期間を、ご記入ください。
行事名	職員研修	
貸出期間	令和〇年 〇月 〇日(火) ～令和〇年 〇月 〇日(月)	
亡失・損傷数	大人用(全身装備版)	セット
	大人用(半身装備版)	2 セット
	子供用(半身装備版)	セット
亡失・損傷に至った経緯	令和〇年●月●日(金)に当施設で実施した、初任者職員向け職員研修において、体験セットを利用した疑似体験を行っていたところ、体験セットを装着した研修参加者の職員〇〇が机に接触して転倒した。その際に装着していたゼッケン 1 着の肩紐を切断してしまった。 「いつ・どこで・誰が・何を・なぜ・どうなった」のか分かるように、ご記入ください。 貸出を受けたセット数のうち、実際に損傷したセット数を記入してください。	