

# にんじん・大学・介護連携企画 希望調査票

施設・事業所名

担当者名

別紙の企画内容説明資料をお読みのうえ、以下の質問にお答えください。

**回答期限： 7月 5日（金） までにご回答をお願いします。**

Q1.施設および事業所にて、にんじん献立を提供することはできますか？

・できる →Q2およびQ3へ



・できない

できない理由（厨房の都合、献立への対応ができない など）

※空欄でも結構です。

Q2.各務原にんじんの配布を希望されますか？

（Q1で できる と答えた場合のみ回答）

・希望する → 予定数量  kg



・希望しない

※入所者の人数や提供回数などからの概算でご記入ください。

※1施設への配布量は最大10kgとさせていただきます。ご容赦ください。

Q3.施設および事業所への学生の訪問を希望しますか？

（Q1で できる と答えた場合のみ回答）

・希望する → Q4へ



・希望しない

希望しない理由（人手が足りず、対応困難 など）

※空欄でも結構です。

Q4.訪問を希望する日を教えてください。  
(Q3で 希望する と答えた場合のみ記入)

- 希望する日に ○ を記入してください。(複数可) ○
- 特に希望する日(第1希望)には ◎ を記入してください。 ◎

11月	日	月	火	水	木	金	土
	24	25	26	27	28	29	30
12月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14

その他、企画に対するご質問やご希望があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。  
調査は介護保険課へご提出をお願いいたします。(FAXやメールでも受付可能です。)

結果の集計を行い、施設・事業所を決定します。  
決定次第、連絡をさせていただきます。

各務原市健康福祉部 介護保険課  
担当：木野村  
TEL：058-383-1778  
FAX：058-383-6365  
MAIL：kinomura-susumu@city.kakamigahara.lg.jp