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

団体名:				会場名:		
依頼日時:				団体担当者	ŕ:	
□会場	・たたみ	・フロ	コーリング	・カーペ	ット	
□机/椅子	• 事務机/	′パイフ	プ椅子等	<ul><li>座卓/座</li></ul>	至卓用椅子・座布団	
口広さ			□一人一人	人の間隔	2m程度の確保可能か	
□調理施設	無	有				
□プロジェクター	無	有	(担当者使用	目可 不	可 )	
□スクリーン	無	有				
□マイク	無	有				
□コンセント	無	有	(会場内に複	复数あり	1カ所のみ)	
□ホワイトボード	無	有				
□駐車場	無	有				
□参加者の年齢層						
□当日一番聞きたい	こと(依	頼テー	ーマ複数ある	場合や,何	本を動かしたいなど)	