

活動報告書

		報告日： 年 月 日
会員 No.		
ふりがな		
代表者氏名		
代表者電話番号		
実施日 年 月 日 () : ~ 年 月 日 () : 迄		
実施会場 会場名 : 住所 :		
実施内容 ※トリートメントオイル/レメディ/施術料等		
施術者人数 _____名	体験者人数 _____名	
アシスタント人数 _____名		
感想・施術を通しての気づき		

※ 活動実施後 1 週間以内に、事務局まで FAX または郵送でご提出下さい。

活動報告書

報告日： 2018 年 5 月 10 日	
会員 No.	〇〇〇〇〇〇〇
ふりがな	はんど たろう
代表者氏名	ハンド 太郎
代表者電話番号	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
実施日	2018年 5月 5日 (土) 9:00 ~ 2018年 5月 6日 (日) 15:00迄
実施会場	
会場名：ショートステイ 〇〇苑	
住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇丁目〇〇番地〇〇〇〇1F	
実施内容 ※トリートメントオイル/レメディ/施術料等	
<p>施術方法：不眠のレメディ 使用するオイル 〇〇〇、使用する精油 〇〇〇、クライアントの〇〇様への施術は、命のレメディに変更しました。</p> <p>理由：1ヶ月前に脳梗塞を罹患された後でしたので変更しました。</p> <p>その他：ハーブティー 〇〇〇の予定を〇〇〇に変更してサーブ</p> <p>クライアント：施設利用者様 6名、施設職員様 2名</p>	
施術者人数	体験者人数
_____ 3 名	
アシスタント人数	_____ 10 名
_____ 2 名	
感想・施術を通しての気づき	
<p>初めての施術会でしたが、練習会を通して動きが身につけていたので、間違いなく施術ができました。実際にクライアントの方の腕を持つと、練習会で感じていた以上に、支え手の位置や支え方の大切さに気が付きました。肩や腕に負荷がかからないように、椅子の位置や高さをもっと調整すべきでした。時間が足りなかったなので、次回は時間配分をより意識して施術に臨みたいと思います。</p>	

※ 活動実施後 1 週間以内に、事務局まで FAX または郵送でご提出下さい。