

◇Smile with Dance ダンスベネフィット・プラン用 打ち合わせシート◇

【SWD認定ダンスアートコミュニケーター：

】

＜お客様情報＞	
医療施設名	
担当お名前	
メールアドレス	
電話番号	
決定権者	
＜ベネフィット・プラン詳細＞	
プラン価格	
お試し割引	
地域	対応地域 ・ 対応地域以外
開始月	月から
開始日	日
頻度	月1回 月2回 週1回 週2回 週3回
曜日	
開始時間	
スマイルファインダーシート	可能 ・ 不可能
担当者の方の同行	可能・不可能・後日連絡
ダンス予定場所	外の場合は、悪天候時の代替案を併記
場所1	
場所2	
場所3	
場所4	
場所5	
場所6	
場所7	
場所8	
場所9	
場所10	
対象者の医療施設	病院（急性期、回復期、慢性期、その他） 介護施設（特養、老健、老人ホーム、グループホーム、その他）
希望のダンスイメージ	元気、明るい、静か、ロマンチック、リズムカル、毎回変化、お任せ
着替え場所	有り/無し
駐車場使用許可	許可有料 / 許可無料 / 許可しない
撮影と広報の許可	許可する（顔出し不可、顔出し許可） / 許可しない
施設の広報の希望	希望する（顔出し不可、顔出し許可） / 希望しない
備考 / その他 / プラン導入の理由 / このプランへの希望	