

## ピアサポーター活動報告書

令和 年 月 日

堺市こころの健康センター所長 殿

登 録 番 号 \_\_\_\_\_

ピアサポーター氏名 \_\_\_\_\_

(支援対象者) 氏名	
活動日時	令和 年 月 日 : ~ :
活動形態	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 ( 区 ) <input type="checkbox"/> 所外活動・同行 (行先 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動内容	
支援対象者の様子	
感想等	

(注) 届出者が自署しない場合は、記名押印をしてください。