활동지원사 주간 업무보고(2025년 월)

제공인력 명		생 년 월 일	
이 용 자 명		생 년 월 일	
. 주요 업무 및 특이 사항 보고(업무 내용, 문제 사항 등) - **(예: 이용자 상태변화, 병원 동행 등 구체적으로 작성)** . 변동 사항 - **서비스 내용 및 제공 시간 변경, 서비스 추가/중단 등** 기재			
금월 안내 사항	· 서비스 제공 원칙 준수 (**이용자 카드 소지 금지, 서비스 제공 시간 준수** 등) . 서비스 제공 시 **안전사고 유의**		

1주차	**서비스 내용**	☐ 사회활동 ☐ 신체활동 ☐ 가사활동 ☐ 기타	
	소급결제 발생 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
	주요 업무 및 특이사항		**활동지원사** (서명 또는 인)
	변동사항		**전담인력** (서명 또는 인)
2주차	**서비스 내용**	☐ 사회활동 ☐ 신체활동 ☐ 가사활동 ☐ 기타	
	소급결제 발생 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
	주요 업무 및 특이사항		**활동지원사** (서명 또는 인)
	변동사항		**전담인력** (서명 또는 인)
3주차	**서비스 내용**	☐ 사회활동 ☐ 신체활동 ☐ 가사활동 ☐ 기타	
	소급결제 발생 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
	주요 업무 및 특이사항		**활동지원사** (서명 또는 인)
	변동사항		**전담인력** (서명 또는 인)
4주차	**서비스 내용**	☐ 사회활동 ☐ 신체활동 ☐ 가사활동 ☐ 기타	
	소급결제 발생 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
	주요 업무 및 특이사항		**활동지원사** (서명 또는 인)
	변동사항		**전담인력** (서명 또는 인)
5주차	**서비스 내용**	☐ 사회활동 ☐ 신체활동 ☐ 가사활동 ☐ 기타	
	소급결제 발생 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
	주요 업무 및 특이사항		**활동지원사** (서명 또는 인)
	변동사항		**전담인력** (서명 또는 인)