リハビリテーション専門職等派遣申請書

様式第1号（第6条関係）

　令和　　年　　月　　日

　夕張市長　様

　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

（担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　夕張市地域リハビリテーション活動支援事業に係るリハビリテーション専門職等の派遣を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

記

１．日時

　　第１希望

　　　　令和　　年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　（２時間以内）

　　第２希望

　　　　令和　　年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　（２時間以内）

２．場所

３．参加予定人数

　　　　　　　　　　人

４．リハビリテーション専門職等に望む事項（内容）

５．申込み回数（※原則３回まで）

　　□１回目　　　□２回目　　　□３回目

□４回目以上（申込理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．その他

※　地域包括支援センター記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 派　遣 | □　可  □　否　理由 |
| 日　時 | 令和　　年　　月　　日　　：　　　～　　　： |
| 場　所 |  |
| リハ専門職氏名 | 法人名 |
| 資格　　　　　　　　　氏名 |
| 包括担当 | 氏名 |