みよし市地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

年　　月　　日

　みよし市長　様

申請者

住所

団体名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　次のとおり地域リハビリテーション活動支援事業の利用を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 〈第１希望〉　　　　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 〈第２希望〉　　　　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 派遣場所（住　所） | ※公共施設等で建物名がある場合は、名称のみ記入してください。 |
| 派遣希望職種 | 　　理学療法士　　　・　　　作業療法士　　　・　　　言語聴覚士 |
| 活動種別 | 　①地域ケア会議　　・　②通いの場　・　③サービス担当者会議　④通所型サービス　・　⑤訪問型サービス |
| 当日の活動又は助言希望内容 |  |
| 当日担当者 | 担当者名：連絡先： |
| 備考 | ※留意事項等があれば記入してください。 |