みよし市地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書

年　　月　　日

　みよし市長　様

報告者

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を実施したので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日時 | 　　　　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 実施場所（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。 |
| 派遣者及び職種 | 〈氏名〉　　　　　　　　　　〈所属〉 |
| 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内容 |  |
| 備考 |  |