

(別記第1号様式)

函館市地域リハビリテーション専門職等派遣申出書

年 月 日

函館市長

申出者 団体名

(介護事業所名)

代表者名

〒

住 所 町 丁目 番 号

連絡先 (電話/FAX)

下記のとおり、リハビリテーション専門職等の派遣をお願いします。

記

派遣希望 日時	第1希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第2希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第3希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
会 場 (実施場所)	(施設等名)	参集 予定人数	人
	(住所)函館市 町 丁目 番 号		
派遣を希望する リハビリ専門職等	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士, 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士		
希望内容等 (専門職等に指導・ 助言を希望する内容 や講座のテーマ等)			
団体活動内容			