（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 | □　理学療法士　　□　作業療法士　　□　言語聴覚士　□　管理栄養士，栄養士　　　　□　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 |  |