

(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					