上球磨地域包括支援センター

センター長　大島　茂樹　様

リハビリテーション専門職派遣依頼書

下記のとおり、リハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

（依頼者）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 事業所連絡先 |  |

（支援対象者）※出前講座依頼の場合（下の依頼内容欄を確認の上、記載ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |

（依頼内容）下記の該当するところに〇を記入ください

|  |  |
| --- | --- |
|  | 住宅改修や環境についてのアドバイス |
|  | 福祉用具選定についてのアドバイス |
|  | 自宅での運動、リハビリについてのアドバイス |
|  | 介護サービス事業所等での運動、リハビリについてのアドバイス |
|  | 事業所内の研修講師 |
|  | ※出前講座（氏名欄に参加対象者と人数、住所欄に開催会場を記載） |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※具体的な依頼内容が分かれば記入ください

|  |
| --- |
| ・希望日時：　　月　　日　　　時・具体的な依頼内容 |

**FAX：４２－６００８　（担当：石橋）**

確実に対応するため、FAX送信後はお電話をお願いします（電話：４２－６００６）