様式第１号（第５条関係）

地域リハビリテーション活動支援事業講師派遣依頼書

　　年　　月　　日

東三河広域連合長　様

東三河広域連合地域リハビリテーション活動支援事業実施要綱第５条の規定に基づき、次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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 団体（事業所）名 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者氏名 |  |
| 代表者住所  （事業所所在地） | 〒 |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望する支援内容  （該当項目に○） | | | 出前講座 | | ・ | 【事業所のみ】  技術的指導・助言 | |
| 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 | | | | |
| 場　　所 | | 会場名 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 【団体の場合】  ふだんの主な活動内容 | | |  | | | | |
| 当日の活動内容 | | |  | | | | |
| リハビリ専門職に  期待すること | | |  | | | | |
| 参加予定人数 | | | 人 | | | | |
| 備　　考 | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| 事務局記載欄（調整後に記載） | | | | | | | |
| 担当講師 | 所　属 | |  | | | | |
| 所在市町村 | |  | 派遣先市町村 | | |  |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 職　種 | | PT　　OT　　ST | 支　払 | | | 本人払・委任払 |