

多賀城市長 殿

団体（事業所）名：

住 所：

申請者：

電話番号： （ ）

F A X： （ ）

リハビリテーション専門職派遣依頼書

リハビリテーション専門職の派遣を受けたいので、多賀城市地域リハビリテーション活動支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

- 1 派遣希望専門職：理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 特に指定なし
- 2 派遣場所： \_\_\_\_\_
- 3 派遣希望人数 \_\_\_\_\_人
- 4 派遣希望日時：【第1希望】 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日（ \_\_\_\_\_曜日）  
\_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 ～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分  
【第2希望】 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日（ \_\_\_\_\_曜日）  
\_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 ～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分
- 5 派遣目的：地域ケア会議 サービス担当者会議 訪問・通所  
住民運営の通いの場 その他
- 6 添付書類
  - (1) 多賀城市地域リハビリテーション活動支援事業計画書（様式第2号）
  - (2) その他関係書類