別記様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

都城市長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　申出者　団 体 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　(介護事業所名)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話/FAX）

都城市地域リハビリテーション活動支援事業利用申込書

次のとおり、都城市地域リハビリテーション活動支援事業の利用を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |
| 派遣を希望するリハビリ専門職 | □　理学療法士　　□　作業療法士　　□　言語聴覚士　□　その他（　　　　　　　） |
| 希望内容(専門職に指導・助言を希望する内容や講座のテーマ等) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 備考 |  |