令和　　　年　　月　　日

事業所→市

地域リハビリテーション活動支援事業　利用報告書

都城市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 利用日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　： |
| 場所 | （名称）  （住所） |
| 講師名 |  |
| 参加人数 | 人　（下記、専門職者聴講の場合は記載ください）  理学療法士（　　名）・作業療法士（　　　名）・言語聴覚士（　　　名）・  管理栄養士（　　名）・歯科衛生士（　　　名）・介護福祉士（　　　名）・  看護師　　（　　名）・その他　　　　　　　（　　　名） |
| 内容 |  |
| 感想、意見等 |  |
| アンケート  （最終回のみ記入） | （１）利用申込時の指導希望内容について、達成できましたか。  　　　　　　　　　はい　　　・　　　いいえ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者：　　　　　　　　　　）