様式第１号（第６条関係）

いなべ市地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

いなべ市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者

担 当 者

 　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先

次のとおり、専門職の派遣を希望し、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣専門職の種別※派遣を希望する職種に☑してください。 | □理学療法士・作業療法士□言語聴覚士□歯科衛生士□管理栄養士 |
| 派遣先情報※個別支援の場合のみ記載してください。 | （介護サービス利用対象者の情報）住　 所：氏 　 名：生年月日：要介護度： |
| 派遣希望日時※第３希望まで記入してください。 | 第１希望　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分頃第２希望　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分頃第３希望　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分頃 |
| 派遣依頼内容 |  |
| 備　考 |  |