様式第３号（第５条関係）

年　　月　　日

鳥取市長　様

所在地

事業者名

代表者職・氏名

※個人の場合は所在地・氏名のみ記入

鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務受託意向届出書

鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務の受託を希望するため、関係書類を添えて申請します。なお、本届出書及び提出書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　登録者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 専門資格 | 希望する業務内容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
|  |  |  |  |

※行は適宜追加してください

２　提出書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 詳細 | 確認 |
| １ | 鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務受託意向届出書 | 本紙 | □ |
| ２ | 地域リハビリテーション活動実績報告書 | 別紙 | □ |
| ３ | 保有する資格の免許証の写し | 人数分 | □ |
| ４ | 経験および実績を証明するもの（下記に準ずるもの）  理学療法士：介護予防推進リーダー導入研修及び地域ケア会議推進リーダー導入研修の修了証の写し  作業療法士：生活行為マネジメント研修、地域包括ケアシステム対策研修  及び認知症対策研修の修了証の写し  言語聴覚士：介護予防推進コース及び地域包括ケア推進コースの修了証の写し | 人数分 | □ |

３　連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | | |
| 郵便物送付先 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |