

年 月 日

鳥取市長寿社会課長 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		F A X 番号	
メールアドレス			