様式第３号（第５条関係）

令和３年　６月１７日

鳥取市長　様

所在地　　　　　鳥取市幸町７１

事業者名　　　　医療法人とっとり

代表者職・氏名　代表取締役　鳥取太郎

※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 | 鳥取二郎 | 理学療法士 | 要領第３条⑴、⑵、⑶、⑷ |
| ２ | 鳥取三郎 | 作業療法士 | 要領第３条⑷ |
| ３ | 鳥取花子 | 言語聴覚士 | 要領第３条⑶ |
|  |  |  |  |

※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 | 砂丘一郎 | | |
| 郵便物送付先 | 〒６８０－８５７１  鳥取市幸町７１ | | |
| 電話番号 | ０８５７－７１－７１７１ | FAX番号 | ０８５７－７２－７２７２ |
| メールアドレス | tottori@city.tottori.lg.jp | | |