

年 月 日

鳥取市長寿社会課長 様

事業所名

職・氏名

連絡先

鳥取市地域リハビリテーション活動支援事業利用申込書

鳥取市地域リハビリテーション活動支援事業において専門職の派遣を希望するため、下記のとおり申し込みます。

記

1 派遣希望日時

第一希望： 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分

第二希望： 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分

第三希望： 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分

2 派遣場所

< 住 所 >

< 名 称 等 >

3 派遣を希望する専門職

☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士

☐その他（ ） ☐指定なし

4 専門職に依頼する支援内容・質問等（対象者の年齢、性別、要介護度を含めて記載）