様式第１号（第４条関係）

リハビリテーション専門職等派遣依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　熊本市長　（宛）

　　　申請者　団体名

　　　　　　　　代表者住所　　熊本市　　区

代表者氏名

代表者連絡先

　次のとおりリハビリテーション専門職等の派遣を依頼します

|  |  |
| --- | --- |
| 場所 | （名　称）  （所在地）熊本市　　区 |
| 活動頻度 | 回程度　　（例：週に１回程度） |
| 参加予定人数 | 人 |
| 派遣希望  日時  ※ご希望の日時に添えない場合があります。 | 【初回】  第１希望　 　年　　月　　日（　） 　時　　分～　　時　　分  第２希望　 　年　　月　　日（　）　 時　　分～　　時　　分 |
| 【２回目以降の希望】  　　年　　月頃  　　年　　月頃  　　年　　月頃  　　年　　月頃  　　年　　月頃 |
| 依頼内容  ※希望するものに○をつける | 1. 運動指導 2. 運動機能評価 3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　考 | ※上記以外に希望や配慮してもらいたい点等があればご記入ください（地域密着リハビリテーションセンターの希望等） |

※本依頼書については地域リハビリテーション広域支援センターに写しを送付致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　役　所　記　入　欄 | | |
| 地域リハビリテーション広域支援センター | 連絡先 | 担当者 |
| 地域密着リハビリテーションセンター | 連絡先 | 担当者 |
| 連絡先 | 担当者 |
| 連絡先 | 担当者 |

様式第１号（第４条関係）

記入例

リハビリテーション専門職等派遣依頼書

**令和○○**年**○○**月**○○**日

　熊本市長　（宛）

　　　　　申請者　団体名　 　　**熊本元気モン会**

　　　　　　　　　　 代表者住所 　 **熊本市中央区手取本町１番１号**

代表者氏名 　　　**熊本　太郎**

代表者連絡先　 　　**○○○－○○○○**

　次のとおりリハビリテーション専門職等の派遣を依頼します

|  |  |
| --- | --- |
| 場所 | （名　称）**○○公民館**  （所在地）**熊本市中央区○○１丁目○番○号** |
| 活動頻度 | １　回程度　　（例：週に１回程度） |
| 参加予定人数 | **１２**　人 |
| 派遣希望  日時  ※ご希望の日時に添えない場合があります。 | 【初回】  第１希望**令和○○**年**○○**月**○○**日（**水**）**13**時**00**分～**14**時**30**分  第２希望**令和○○**年**○○**月**○○**日（**水**）**13**時**00**分～**14**時**30**分 |
| 【２回目以降の希望】  **令和○○**年**○○**月頃  **令和○○**年**○○**月頃  　　年　　月頃  　　年　　月頃  　　年　　月頃 |
| 依頼内容  ※希望するものに○をつける | 1. 運動指導 2. 運動機能評価 3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　考 | ※上記以外に希望や配慮してもらいたい点等があればご記入ください（地域密着リハビリテーションセンターの希望等）  **○○事業所からの派遣を希望します** |

※本依頼書については地域リハビリテーション広域支援センターに写しを送付致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　役　所　記　入　欄 | | |
| 地域リハビリテーション広域支援センター | 連絡先 | 担当者 |
| 地域密着リハビリテーションセンター | 連絡先 | 担当者 |
| 連絡先 | 担当者 |
| 連絡先 | 担当者 |