

地域リハビリテーション活動支援派遣紹介依頼書

平成 年 月 日

(依頼元)

(依頼先)

⇒ 鳥取県リハビリテーション専門職連絡協議会

派遣希望項目	<input type="checkbox"/> 予防事業協力 <input type="checkbox"/> 個別訪問相談 <input type="checkbox"/> ケア会議アドバイザー <input type="checkbox"/> 研修会講師 / シンポジスト <input type="checkbox"/> その他 ()		
依頼内容	別紙 (あり・なし) ※なしの場合：詳細に記入をお願いします。 ●個別相談について アドバイスの対象は利用者ではなく基本的に関わる周りの支援者に対して行います。状況説明につきましては個人情報に留意いただきご記入ください。 例：80代 男性 ○○地区 春頃退院 等 ●その他のご依頼 予防事業、研修会講師、シンポジストなど対象者となる集団の特徴や会場の状況についてもご記入ください。 例：70代女性が30名程度、公民館での予防事業、床は畳で低い机の利用は可能等。		
実施日 (希望日)	第1希望	第2希望	
時間	午前・		
場所	(住所：)		
回答希望日	平成		
(依頼元) ご回答連絡先			
ご回答欄 (平成 年 月 日) 回答者： _____			
派遣員情報			
派遣員 氏名	ふりがな (氏名)	(職種)	
派遣員 所属	所属先		
	住所		
	TEL	FAX	
	メール		
備考	派遣日：		
お申込み/お問合せ先：鳥取県リハビリテーション専門職連絡協議会 事務局 Email : tottori.post.lc@gmail.com (お申し込みは左記のメールにてお願いします。)			