

# 地域リハビリテーション活動支援派遣紹介依頼書

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 ・対象人数 ・依頼内容 ・その他	別紙 ( あり・なし ) ※なしの場合：詳細に記入をお願いします。			
実施日 (希望日)	第1希望	年	月	日 ( 曜日 )
	第2希望	年	月	日 ( 曜日 )
時 間	時 分 ~ 時 分			
場 所	(住所: )			
回答希望日	年 月 日迄			
(依頼元) ご回答連絡先				
ご回答欄 ( 年 月 日 ) 回答者: _____				
<b>派遣員情報</b>				
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 : <a href="mailto:tottori.post.lc@gmail.com">tottori.post.lc@gmail.com</a> (お申し込みは左記のメールにてお願いします。)				