様式２－２

リハビリ専門職派遣報告書

島田市役所包括ケア推進課長　様

事業所名（団体名）

報告者氏名

リハビリ専門職の派遣を受けましたので次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 令和　　　年　　月　　日（　　　）　　　　：　　　～　　　： |
| 実施内容（該当に○） | ＊番号に○をつけてください。１　個別相談２　集団を対象とした講話３　活動内容の相談４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 指導内容でこれから活かせそうなこと |  |
| 感想・意見 |  |