様式１－２

リハビリ専門職派遣依頼書

島田市役所包括ケア推進課長　様

事業所名（団体名）

代表者の住所

代表者名

連絡先（携帯）

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 令和　　　年　　月　　日（　　　）　　　　：　　　～　　　：  ※派遣時間は２時間以内となります。 |
| 派遣場所 | 建物の名称 |
| 住所　　島田市 |
| 希望する内容 | ＊希望する番号に○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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当日の担当者  代表者と異なる場合記入 | 連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  対応してくれる方の名前　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※当日緊急で連絡の付く番号（携帯等）を記入してください。 |
| 団体の概要 | 団体の種類　　　地域ふれあい・居場所・しまトレ  スタッフ数　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　人　）  １日（回）の利用者数　※スタッフ除く　（　　　　　　　　　　人　） |
| 特記事項（派遣前の情報、注意事項など）　※特別伝えておきたい内容があれば記入 | |
| 派遣希望職種（いずれかに〇）：　理学療法士　・　管理栄養士　・　歯科衛生士  （※担当者は日程に応じて調整しますので、個人を指名することはできません。） | |
| 複数の職種を希望する場合当専門職の希望順位（いずれかに〇）：１位・２位・３位 | |