**地域リハビリテーション活動支援事業**

**（介護専門職等への技術的助言）申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

須賀川市長

（申込者）

住　　所　　須賀川市

団体名

代表者名

標記事業につきまして、下記のとおり講師派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時(最長１時間) | (第１希望)令和　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　(第２希望)令和　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　□別途調整を希望する |
| 派遣場所 | 須賀川市 |
| 当日連絡先 | 氏名：電話： メール： |
| 希望職種 | □理学療法士　　□作業療法士　　□言語聴覚士□歯科衛生士　　□管理栄養士 |
| 派遣目的 | □施設等利用者への指導・助言□利用者（個人）のアセスメントへの同行※□サービス担当者会議への参加※ |
| 本人等の現状・課題 | （今回の派遣に係る身体状況・医師からの指示の状況・課題等） |
| 具体的に希望する助言内容 |  |
| その他 | □訪問型サービス・活動Ｃの利用を視野に入れている□駐車可能台数（　　　　台）□訪問にあたっての留意事項（　　　　　　　　　　　　　　　） |

※利用者基本情報等、本人状況が分かる資料を別途市の指定する方法で提出ください。