**地域リハビリテーション活動支援事業申込書**

（専門職派遣事業）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

須賀川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　 （申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　須賀川市

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名  機関名 | （代表者名　　　　　　　　　） |
| 希望日時 | （第１希望）  令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：  （第２希望）  令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　： |
| 場　　所 | （名称）  （住所）　須賀川市 |
| 予定人数 | 人 |
| 希望職種 | □理学療法士　　□歯科衛生士　　□管理栄養士  □いずれの職種でもよい |
| 希望内容 |  |
| その他 |  |

受付者名