様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

鳥取市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 職氏名 |  |
| 連絡先 |  |

鳥取市地域リハビリテーション活動支援事業利用申込書

鳥取市地域リハビリテーション活動支援事業において専門職の派遣を希望するため、下記のとおり申し込みます。

記

１　派遣希望日時

第一希望：　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　　時　　分

第二希望：　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　　時　　分

第三希望：　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　　時　　分

２　派遣場所

　　＜　住　所　＞

　　＜事業所名等＞

３　派遣を希望する専門職

□理学療法士　　　　□作業療法士　　　　□言語聴覚士

□その他（　　　　　　　　　　）　　　　□指定なし

４　専門職に依頼する支援内容・質問等

|  |
| --- |
|  |