様式第３号（第５条関係）

令和３年　６月１７日

鳥取市長　様

所在地　　　　　鳥取市幸町７１

事業者名　　　　医療法人とっとり

代表者職・氏名　代表取締役　鳥取太郎

※個人の場合は所在地・氏名のみ記入

鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務受託意向届出書

鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務の受託を希望するため、関係書類を添えて申請します。なお、本届出書及び提出書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　登録者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 専門資格 | 希望する業務内容 |
| １ | 鳥取二郎 | 理学療法士 | 要領第３条⑴、⑵、⑶、⑷ |
| ２ | 鳥取三郎 | 作業療法士 | 要領第３条⑷ |
| ３ | 鳥取花子 | 言語聴覚士 | 要領第３条⑶ |
|  |  |  |  |

※行は適宜追加してください

２　提出書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 詳細 | 確認 |
| １ | 鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務受託意向届出書 | 本紙 | ☑ |
| ２ | 地域リハビリテーション活動実績報告書 | 別紙 | ☑ |
| ３ | 保有する資格の免許証の写し | 人数分 | ☑ |
| ４ | 経験および実績を証明するもの（下記に準ずるもの）理学療法士：介護予防推進リーダー導入研修及び地域ケア会議推進リーダー導入研修の修了証の写し作業療法士：生活行為マネジメント研修、地域包括ケアシステム対策研修及び認知症対策研修の修了証の写し言語聴覚士：介護予防推進コース及び地域包括ケア推進コースの修了証の写し | 人数分 | ☑ |

３　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 | 砂丘一郎 |
| 郵便物送付先 | 〒６８０－８５７１鳥取市幸町７１ |
| 電話番号 | ０８５７－７１－７１７１ | FAX番号 | ０８５７－７２－７２７２ |
| メールアドレス | tottori@city.tottori.lg.jp |