年　　月　　日

鳥取市長寿社会課長　様

所在地

事業者名

代表者職・氏名

※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実施報告書

　先に指示のありました専門職の派遣について、下記のとおり業務を実施しましたので鳥取市地域リハビリテーション活動支援業務委託契約書第６条の規定に基づき報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣者 | 所　　属  職・氏名 | | | | | | | |
| 実施年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （　　） |
| 実施時間 | 時　　　　　　分　～　　　　　　時　　　　　　分 | | | | | | | |
| 実施場所 |  | | | | | | | |
| 会の名称  （対象者） |  | | | | | | | |
| 指導内容  及び所見 |  | | | | | | | |
|  | ※指導風景（写真）は別添 | | | | | | | |