第５号様式（第９条関係）

大磯町地域リハビリテーション活動支援事業派遣実施報告書（申込者用）

年　　月　　日

大磯町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　申込者　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり、リハビリテーション専門職等の派遣について報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣種別 | □団体支援□ケアマネジメント支援 |
| 派遣日 | ①　　年　月　日　　　時　分～②　　年　月　日　　　時　分～③　　年　月　日　　　時　分～ |
| 派遣専門職職・氏名 |  |
| 派遣概要 | ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |