第１号様式（第７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申込書

年　月　日

　大磯町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名等

　　　　　　　　　　　　　申込者　代表者等住所

　　　　　　　　　　　　代表者等氏名

　　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申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣種別 | □団体支援□ケアマネジメント支援 |
| 派遣希望日 | ①　　年　月　日　　　時　分～②　　年　月　日　　　時　分～③　　年　月　日　　　時　分～ |
| 派遣先 |  |
| 専門職種 | □理学療法士　　□　作業療法士　　□栄養士□歯科衛生士　　□その他（　　　　　　）　 |
| 派遣目的 |  |
| 備　　考 |  |