年　　月　　日

様式１

米原市長　様

事業所名

代表者

リハビリ専門職派遣依頼書

　介護サービス事業所リハビリ支援事業におけるリハビリ専門職派遣において下記のとおり依頼します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣専門職種 | □理学療法士　　□作業療法士　　□言語聴覚士　　□特になし | |
| 派遣場所 |  | |
| 派遣希望曜日・時間 | ※詳細な日時等については、派遣リハビリ事業所が決定後、リハビリ専門職と調整となります。 | |
| 支援を受けたい内容及び課題  （リハビリ専門職に求めること） |  | |
| 担当者及び連絡先 | 事業所名 | |
| 住所（〒　　　　－　　　　） | |
| ＴＥＬ　　（　　） | ＦＡＸ　　（　　） |
| 担当者名 | |