

在宅支援リハビリセンター 様

高齢者の自主的な活動の場への派遣依頼書

記入日 平成 年 月 日

派遣依頼元団体	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター名称() <input type="checkbox"/> その他() 担当者名 電話 FAX E-mail
派遣希望職種	<input type="checkbox"/> リハビリ専門職(職種問わない) <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
派遣先種別	<input type="checkbox"/> 市の高齢者ふれあいサロン <input type="checkbox"/> 社協サロン <input type="checkbox"/> 自主グループ等 <input type="checkbox"/> すこやか運動教室 <input type="checkbox"/> その他()
派遣先団体名称	
代表者名	
所在地	
電話・FAX	
派遣先会場	
参加人数(男女内訳)	合計 人【性別: 男性 人、女性 人】【年齢別: 65歳未満 人、65歳以上 人】
派遣希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望日 平成 年 月 日 時間 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 第2希望日 平成 年 月 日 時間 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 講師と日程調整は可
希望されるテーマ	具体的なお要望があれば、お書きください。
備考	