

様式第 1 号（第 4 条関係）

苫小牧市地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

年 月 日

苫小牧市長 様

申請者  
住 所  
団 体 名  
代表者名

次のとおり地域リハビリテーション活動支援事業の利用を申請します。

希 望 日 時	<第 1 希望> 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分
	<第 2 希望> 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分
派 遣 場 所 (住 所)	
派 遣 希 望 職 種	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 その他 ( )
活 動 種 別	①通いの場 ・ ②サービス担当者会議 ③通所型サービス ・ ④訪問型サービス ・ ⑤その他 ( )
当 日 の 活 動 又は助言希望内容	
予 定 人 数	利用者 名 職員 名
当 日 担 当 者	担当者名 : 連絡先 :
備 考	※留意事項等があれば記入してください。