

<注意事項>

- ・本申請書をお送りいただく前に担当者まで、ご一報ください。
 - ・協力依頼希望日より14日前までに電子メール又はFAXで提出してください。
- 送付先 : 君津地域リハビリテーション広域支援センター (君津中央病院)
E-mail : kimitsukouiki@kc-hosp.or.jp
FAX : 0438-36-3867 TEL : 0438-36-1071 (代表)

地域リハビリテーション活動 協力依頼申請書 (例)

令和 年 月 日

(あて先) 君津地域リハビリテーション広域支援センター (担当: 川名) 宛

団体等名称 :
所在地 :
電話番号 :
代表者名 :

下記のとおり、協力をお願いしたいため申請いたします。

①事業名・活動名	自立支援型地域ケア会議
②日時・期間	平成29年度 毎月第三水曜日 午前中
③活動先	〇〇地域包括支援センター (〇〇市〇〇町大字〇〇123番地)
④実施目的・内容	自立支援型地域ケア会議の開催および、参加者対象の勉強会開催
⑤支援などを受けたい内容	①自立支援型地域ケア会議における助言 ②自立支援型地域ケア会議の勉強会での講師など
⑥対象・参加予定人数	30名程度 (地域包括ケア支援センター職員、担当ケアマネなど)
⑦協力を希望する人材・人数	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 その他・備考(上記のいずれか1名をお願いします。) 合計 <u>1</u> 名
⑧費用支給	活動費 (あり) ・ なし) → 予定金額 (¥) ・ 検討中 交通費 (あり) ・ なし)
⑨その他	例)上記以外の伝達事項、イベント保険の有無、その他詳細等 地域ケア会議への出席だけでなく、勉強会等も併せて行い、地域の介護予防を推進していきたいと考えていますので、その点も含めご相談させてください。
⑩この申請に関わる連絡先	担当者職氏名: 〇〇市地域包括支援センター 〇〇 〇〇 連絡先: TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (代) FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (代) E-mail: houkatsuR〇〇〇〇.co.jp