鳥羽市地域包括支援センター　あて　（FAX：0599-25-1154）　　　　　　 （鳥羽市 平成30年4月16日書式）

鳥羽市 地域リハビリテーション活動支援事業

依頼書 兼 報告書

（通所型/訪問型サービス事業所用）

＜依頼内容＞

[ ] 　事業所で実施している運動プログラムへの助言・相談

[ ] 　体力測定方法の助言・相談

[ ] 　とばらんす運動の指導・助言

[ ] 　自立支援型地域ケア会議で課題となった点への助言

[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

\*その他 の場合は、必ず電話にて内容を確認の末、派遣を検討します。

＜派遣希望日時＞　派遣時間は、最大2時間/日 までとなります。

第1希望：　　　　月　　　　日（　　　）　　時間　　　　　時　　　　分から

第2希望：　　　　月　　　　日（　　　）　　時間　　　　　時　　　　分から

（毎週火曜日の午後は不可）

事業所名：

担 当 者：

電　話：0599-　　　　　　　　　　　　FAX：0599-

＜派遣終了後の報告＞

＊原本は、派遣終了後、報告内容を記載の上、1週間以内に地域包括支援センターまで ご提出ください。