

<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： 下田 ）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	○○地域包括支援センター (○○市○○町大字○○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	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 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（ <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）→ 予定金額（￥7000） 交通費（ <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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：○○市地域包括支援センター ○○ ○○ 連絡先：TEL：○○○一○○○一○○○○（代） FAX：○○○一○○○一○○○○（代） E-mail：houkatsuR○○○○.co.jp		