

<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	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	<u>理学療法士</u> ・ <u>作業療法士</u> ・ <u>言語聴覚士</u> 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（ <u>あり</u> ・なし）→ 予定金額（ ￥7000 ） 交通費（ <u>あり</u> ・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