様式第１号

弘前市地域リハビリテーション活動支援事業利用申込書

年　　月　　日

弘前市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団 体 名

　代表者名

弘前市地域リハビリテーション活動支援事業を利用したいため、次のとおり利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |  |
| 当 日 担 当 者 | 担当者名： |
| 連　絡　先 | TEL: Mail: |
| 派遣希望職種 | □理学療法士　　・　　□作業療法士　　・　　□言語聴覚士 |
| 派 遣 種 別 | □同行訪問　　　・　　□通いの場　　・　　　□その他 |
| 当日の活動又は助言希望内容 |  |
| 備　考 |  |