第１－２号様式（第６条）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所→市へ提出）

**浦安市リハビリテーション専門職派遣事業申込書**

　　年　　月　　日

（宛先）浦安市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　所　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名：

住　所：

電　話：

次のとおり、リハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣希望日時 | 第1希望 | 　　　年　　月　　日（　）　 　時　　 分～　 　時　　 分 |
| 第2希望 | 　　　年　　月　　日（　） 　　時　 　分～　　 時　　 分 |
| 第3希望 | 　　　年　　月　　日（　）　 　時　　 分～　 　時　　 分 |
| 会場（実施場所） | （事業所名） | 予定人数 | 　　 　人 |
| （住所）　　　　　　　　　　 【駐車場： 有 / 無 】 |
| 希望内容* 1か所に

チェック☑ | □　日常生活に効果的な運動指導　□　起居・移乗・歩行等の介助・自立支援　□　腰痛や膝痛等、痛みのある方への対応----------------------------------------------------------------------□　ADL動作（食事、排泄、更衣、整容、入浴）の介助・指導□　IADL動作（調理、掃除、洗濯等）の介助・指導□　認知症・高次脳機能障害の方への対応　**----------------------------------------------------------------------**□　コミュニケーション障害（失語症、構音障害など）への対応□　摂食・嚥下障害（食事介助、食形態の工夫、誤嚥性肺炎予防など）への対応　　　　 |
| 希望内容の詳細 |  |
| 事業所の特徴など |  |
| 連絡担当者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |