

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☑	<input type="checkbox"/> 日常生活に効果的な運動指導 <input type="checkbox"/> 起居・移乗・歩行等の介助・自立支援 <input type="checkbox"/> 腰痛や膝痛等、痛みのある方への対応 <hr/> <input type="checkbox"/> ADL動作（食事、排泄、更衣、整容、入浴）の介助・指導 <input type="checkbox"/> IADL動作（調理、掃除、洗濯等）の介助・指導 <input type="checkbox"/> 認知症・高次脳機能障害の方への対応 <hr/> <input type="checkbox"/> コミュニケーション障害（失語症、構音障害など）への対応 <input type="checkbox"/> 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			