

地域リハビリテーション 講師派遣申込書

平成 年 月 日

十勝地域リハビリテーション広域支援センター 様

申込者団体名	
団体責任者名	
住 所	〒
電 話	
F A X	

地域リハビリテーション講師の派遣を次の通り申込みます。

1	派遣を依頼する日時	平成 年 月 日	時～	時まで
2	研修会名： 開催場所：			
3	講師に依頼 したい内容	●技術指導 ●日常生活指導 ●アプローチ立案 ●介護予防 ●体力・健康増進 ●福祉機器 住環境 ●その他 ()		
4	参加予定者の概要	職種：	人数：約	人
5	その他(特記事項)			

※研修会の日程表は別紙として添付して下さい。

講師

十勝地域リハビリテーション広域支援センター事務局
FAX.0155-49-6367