

地域リハビリテーション活動支援事業申請書

(宛て先)

昭島市長

申請者 団体名

代表者住所

代表者氏名

次のとおり地域リハビリテーション活動支援事業における専門職の派遣を申請します。

対象者	団体名			
	代表者氏名			
	代表者電話番号	()		
開催内容	希望日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分		
	会場	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。		
		<input type="checkbox"/> 施設等 (名称:)	<input type="checkbox"/> 個人宅	
	住所:			
参加者人数	人	参加者年齢層		
日頃の活動内容				
派遣希望	職種	<input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 その他()		
	内容			
備考				

(遵守事項について)

- 昭島市地域リハビリテーション活動支援事業の利用中に、身体の状態が急変した場合、医療機関の診断・治療・入院等を要する場合、当該判断を本事業の受託した法人から派遣された専門職の助言のもと、自身の判断において決定するものとします。
- その他、昭島市地域リハビリテーション活動支援事業の利用にあたっては、派遣された専門職の指示に従います。なお、指示に従わず生じた事故の責任は自らが負うものとし、派遣された専門職に責任を負わずことはいたしません。

利用団体名

代表者氏名