様式第１号（第５条関係）

申込日　　　　年　　　　月　　　　日

いわき市地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 宛先 | いわき市地域包括ケア推進課 |

１．申込事業所の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | |
| ふりがな  代表者 |  | | | | |
|  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX |  |
| メールアドレス |  | | | | |
| スタッフ人数 | 人 | 内訳 | 看護師：　 人　介護士：　 人　機能訓練指導員： 　人  理学療法士：　 人　作業療法士：　 人　言語聴覚士：　 人  その他：　　　人 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 職種・希望内容 | 理学療法士　　　　　 　作業療法士　　　　  　言語聴覚士  　薬剤師　　　　　　　 　管理栄養士　　　　  　歯科衛生士  メニュー番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （その他、具体的な希望があれば記載してください）  ※１職種のみ選択し、別紙のメニュー表の番号を記入すること。  ※薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士を希望の際は、具体的内容を記載すること。  ※調整にはお時間を要する場合がございますので、予めご了承ください。  ※加算等の介護保険・制度に関する相談希望時は、必ず記載すること。 |
| 実施方法 | 直接訪問　　　　　  　Zoom |
| 緊急性の有無 | あり 　　　 　　  　なし |

２．希望するサポート内容・日程

　※原則、１カ月前までに申込ください。「緊急性あり」の場合、別途、日程調整いたします。

　※希望日については、サポート期間が年度を跨がないよう余裕を持って設定してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご記入後は下記へFAXして下さい。後日、申込内容等確認のため、担当専門職より連絡致します。 | |
| FAX番号：0246-27-8576 | 〒973―8408  いわき市内郷高坂町四方木田191  いわき市役所　地域包括ケア推進課　事業推進係  電話番号：0246-27-8575 |