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 |