市町村・地域包括支援センター使用

**リハビリテーション専門職等の紹介申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **申　込　日** | 令和６年　月　　日 |
| **申込者（部署）** | TEL：098-　　- |
| **〃（担当者）** |  |

依頼内容

|  |  |
| --- | --- |
| **事業の名称** |  |
| **職　　　種** |  |
| **日　　　程** | 令和６年　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分 |
| **場　　　所** |  |
| **報　酬　等** |  |
| **関連団体仲介**  **そ　の　他** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **回答期限** | 令和６年　月　日までに回答をお願いします。 |

※注意）本申込書は、本案件について協力できるリハ専門職等を募集する際に、本協会会員にも資料として提供します。