（事業所→市へ提出）

**リハビリテーション専門職等　派遣事業　申込書**

令和　　年　　月　　日

（宛先）高齢者包括支援課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　所　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名：

住　所：

電　話：

下記のとおり、リハビリテーション専門職等の派遣を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣希望日時 | 第1希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 | | |
| 第2希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 | | |
| 第3希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 | | |
| 会場  （実施場所） | （施設等名） | | 参集  予定人数 | 人 |
| （住所）　　　　　　　　　　 【駐車場： 有 / 無 】 | |
| 希望内容を選択  してください  ※該当箇所1か所に  チェック☑をしてください | **【理学療法士】**  □　日常生活に効果的な運動指導  □　起居・移乗・歩行等の身体介助、歩行補助具の選定について  □　腰痛や膝痛等、痛みのある方への対応  **【作業療法士】**  □　ADL動作（食事、排泄、更衣、整容、入浴）の介助・指導・福祉用具選定について  □　IADL動作（調理、掃除、洗濯等）の介助・指導・福祉用具選定について  □　認知症・高次脳機能障害の方への対応  **【言語聴覚士】**  □コミュニケーション障害（失語症、構音障害など）に対する対応  □摂食・嚥下障害（食事介助の方法、食形態の工夫、誤嚥性肺炎予防など）に対する対応 | | | |
| 内容の補足事項等がありましたら、  記載してください |  | | | |
| 事業所の特徴や  配慮点、注意事項等を記載してください |  | | | |
| 事業所にある備品等にチェック☑をして  ください | □机／椅子　□プロジェクター　□スクリーン　□マイク　□ホワイトボード | | | |
| 連絡担当者 | 氏名 | | | |