様式第１号（第６条関係）

　年齢

　年　　月　　日

鳥栖地区広域市町村圏組合

管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　 　　氏名

　　　　　　　　　　　 　　　 電話

鳥栖地区広域市町村圏組合地域リハビリテーション活動支援事業

専門職派遣依頼書

次のとおりリハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
| 場所 |  | | |
| 当日の活動内容 |  | | |
| 派遣団体名等 |  | | |
| 参加予定人数 | 人 | | |
| 対象者 | 被保険者番号 | 氏　名 | 年　齢 |
|  |  |  |