

様式第 1 号（第 6 条関係）

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