

地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

年 月 日

小郡市長 あて

申請者 氏名

申請書を持参した人 氏名 住所 電話番号

地域リハビリテーション活動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。

団体名			
代表者	氏名：	電話番号	
対象者・人数			名
希望日時	【第1希望】 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
	【第2希望】 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
実施場所			
希望する専門職	<input type="checkbox"/> 理学療法士 ・ <input type="checkbox"/> 作業療法士 ・ <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 ・ <input type="checkbox"/> 管理栄養士 ・ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士		
専門職に求めること 希望内容			

受付(決定)年月日	上記の申請については、次のとおり決定する 承認する ・ 承認しない	【決定内容】		
	※承認しない場合の理由	担当者	係長	課長