

仙北市地域リハビリテーション活動支援事業 派遣申請書【2回目】

記入日： 令和 年 月 日

(あて先)仙北市包括支援センター

申請者	事業所名	
	氏名	

次のとおり、リハビリテーション専門職の同行訪問を申し込みます。

1 希望訪問日時	《第1希望日》 令和 年 月 日() 午前・午後 : ~ :			
	《第2希望日》 令和 年 月 日() 午前・午後 : ~ :			
2 利用者情報	フリガナ			
	氏名			
	住所	仙北市		
	年齢	歳	ケアプランの有無	<input type="checkbox"/> なし
介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援()	<input type="checkbox"/> あり		
3 希望理由・目的	(例)住宅改修や福祉用具利用後の確認のため など			
4 同行訪問担当者 (介護支援専門員等)	《担当者氏名》	所属		
		名前		
	《連絡先》	TEL		
5 備考				

※事務処理欄※

派遣決定通知

上記申請について、以下のとおり派遣を決定いたします。なお、連絡事項等がある場合は下記までお願いいたします。

氏名	仙北市包括支援センター ()
連絡先	0187-43-2283
訪問日	令和 年 月 日() : ~ :