様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

（あて先）松江市長

リハビリテーション専門職派遣事業利用申請書

事業所・団体名：

担当者名：

TEL：　　ＦＡＸ：

１　派遣目的：

□なごやか寄り合い活動等の住民主体の通いの場において行う、
住民に対する介護予防に関する評価、指導及び助言

□介護職員等に対する介護予防に関する評価、指導及び助言

２　派遣希望専門職：　□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士

３　派遣希望日時：　　年　　月　　日（　　曜日）
時　　分　～　　時　　分

４　会場：

５　人数及び年代：

６　その他：

（１）これまでの状況
介護予防ケアマネジメント支援の場合、対象者名・対象者の概況

（２）今回、支援を受けたい内容及び課題

（３）その他