|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （地域リハビリテーション支援拠点）　宛 |  |  |  |  |  |  |  |  | 様式５ | |
| **地域リハビリテーション支援申込書（介護予防活動支援）** | | | | | | | | | | | |
| ※①～⑦はかならず記載してください。それ以降は可能な範囲で御記載ください。 | | | | | | | | | | | |
| **①申込年月日** | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| **②支援対象団体** |  | | | | | | | | | | |
| **③依頼内容** | □活動への指導・助言　　　　　□講話・研修講師　　□その他  　＜以下、具体的な内容を記載＞ 　（例・地域住民で行っている公園体操における、適切な体の動かし方の助言をしてほしい。 　・ケアマネ向けセミナーでパーキンソン病患者への支援の特徴と注意点について講話をしてほしい。) | | | | | | | | | | |
| **④支援希望日時** | 第１希望　　　　　年　　月　　日　（　　　）　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | | | | | | | |
| 第２希望　　　　　年　　月　　日　（　　　）　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | | | | | | | |
| 第３希望　　　　　年　　月　　日　（　　　）　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | | | | | | | |
| **⑤予定会場名** |  | | | | | | | | | | |
| **⑥会場住所** |  | | | | | | | | | | |
| **⑦申込者** | 氏名：  （所属（支援対象団体と異なる場合のみ記載）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人・所属）  連絡可能時間帯： | | | | | | | | | | |
| 普段の活動  ※普段の活動日時・内容／新規の場合は予定を記入 | 活動日時（曜日・時間等）：  活動内容： | | | | | | | | | | |
| 対象者  （例:〇〇会参加者等） |  | | | | | | | | | | |
| 予定人数 |  | | | | | | | | | | |
| 関係機関  ※活動に定期的にかかわっている機関があれば記載 | □（　　　　　　　　　　　　　　）地域包括支援センター  　□（　　　　　　）区役所　地域支援課・その他（　　　　　　　　　　　　　）課 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 備考 | ※地域リハビリテーション支援拠点記入欄 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|
|
|