地域リハビリテーション活動（自主活動支援事業）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高齢社会対対策課介護予防係

自主活動支援申込書

自主活動の支援について下記のとおり講師の派遣を申し込みます。なお、下記に記入した

内容を講師（派遣事業者）に提供することに同意します。

申込日（　　　　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **自主サークル名** |  |
| （ふりがな）  **代表者氏名** |  |
| **代表者連絡先** | 【住所】  　〒  【電話】 |
| **連絡先**  ※代表者以外の方が連絡先となる場合のみご記入ください。 | （ふりがな）  【氏名】  【住所】  　〒  【電話】 |
| **主な活動場所**  **メンバー構成と**  **活動内容**  ※枠内に記入できない　　　場合、別紙に記入し添付してください | 【主な活動場所】  【メンバー構成】　　　人　内６５歳以上の人数　　　　人  【活動内容】 |
| **支援の内容**  ※なるべく具体的に  お書きください  ※枠内に記入できない　　　場合、別紙に記入し添付してください | ※リハビリ専門職に指導していただきたい内容 |
| **派遣希望時期**  ※1、2か月の余裕もってお書きください。 | 年　　月頃　　　　　曜日　　　時～　　時　まで  ※講師の都合によりご希望に添えない場合があります。 |
| **希望講師職種** | ・理学療法士（ＰＴ） ・ 作業療法士（ＯＴ） ・ 言語聴覚士（ＳＴ）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　）  　※支援の内容により変更させていただく場合があります。 |
| **備考** |  |