**様式第２号**（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

# 伊豆の国市介護予防専門職派遣実績報告書

年　　月　　日

伊豆の国市長　宛

（申請者）
団 体 名
所 在 地
代 表 者
担 当 者
電話番号

次のとおり、専門職が派遣されたため、実績報告します。

| | |
|---|---|
| 派遣日時 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 場　所 | （施設名等） |
| | （住所）伊豆の国市 |
| 派遣を受けた専門職 | □理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士 |
| | 氏名 |
| 内容等 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 備　考 | |

※必要に応じて、参考となる書類を添付してください。