様式第１号（第５条第１項関係）（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申請書

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、専門職の派遣を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣希望日時 | 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 |
| 場　所　 | （施設名等） | 参集予定人数 | 　　　人 |
| （住所）伊豆の国市 |
| 派遣を希望する専門職 | □理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士 |
| 希望内容等（専門職に指導・助言を希望する内容や講座のテーマ等） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 団体活動内容 |  |

※必要に応じて、参考となる書類を添付してください。