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。