様式２

後志地域リハビリテーション広域支援センター

講師派遣申込書

平成　　年　　月　　日

後志地域リハビリテーション推進会議

会　長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者団体名 |  |
| 団体責任者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |

地域リハビリテーション講師の派遣を次の通り申し込みます。

|  |
| --- |
| １　派遣を依頼する日時　　　平成　　年　　月　　日　　　　時〜　　　時まで |
| ２　研修会名：  　　開催場所：  　　参 加 費：　　□無料　　　　　□有料（　　　　　円） |
| ３　講師に依頼したい内容  　　A．□講義　　□実技  　　B．□技術指導　□日常生活指導　□アプローチ立案　□介護予防  　 　□体力・健康増進　□福祉機器・住環境　□その他（　　　　　　）  　　C．講師に依頼したい内容を具体的に明記してください。また希望する講師がいる場  　　　合は講師名を記載してください。  　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　参加予定者の概要　　・職種：　　　　　　　・人数：約　　　人 |
| ５　その他特記事項 |

※研修会の日程表は別紙として添付して下さい。

**講師**

後志地域リハビリテーション広域支援センター事務局

FAX　０１３４−２３−８２６７