【別添１】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　リハビリテーション専門職派遣報告書（日報）

（実施機関名・代表者名）

茨城県リハビリテーション専門職協会　会長　佐藤弘行　殿

　リハビリテーション専門職派遣については、以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）午前　　・　　午後　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 派遣場所 |  |
| 派遣依頼者（担当者） |  |
| 派遣者名 | （理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）　　　　（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士） | 　　　　名 |
| 派遣種別（該当する□をチェック） | □地域ケア会議への参加□サービス調整会議への参加□住民運営の通いの場への参加（※事業名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□訪問・通所□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣内容及び派遣の感想 |  |

上記のとおり報告いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（派遣従事者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印