【別添１】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）午前　　・　　午後　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 派遣場所 |  |
| 事業実施者 | □市町村　　□社会福祉協議会　　□その他（　　　　　　　　） |
| 派遣従事者名（職種記載）業務種別 |  | 合計　　　　　　名うち業務　　　　名うち休暇　　　　名 |
| 派遣先（該当の□にチェック） | □個人宅　　　□介護施設事業所等（事業所区分：　　　　　　　　　　　　　　　　）□住民運営の通いの場（教室名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□自治体が運営する介護予防教室（教室名：　　　　　　　　　　　　）□各種地域ケア会議・サービス担当者会議（会議名：　　　　　　　　）□医療・介護連携推進会議等の検討会議□総合事業（通所C）　□総合事業（訪問C）　　　　　　　　　　□認知症施策に関する事業（事業名：　　　　　　　　　　　　　　　）□会議・研修会・講演会講師（名称：　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者数 | 住民等（　　　　　）名　　　　　行政等担当者（　　　　　　）名 |
| 派遣内容及び派遣の感想 |  |

以上のとおり報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（派遣従事者名）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名