【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