様式第２号

大里広域市町村圏組合（深谷市）地域リハビリテーション活動支援事業

申　請　書（出前講座）

年　　月　　日

大里広域市町村圏組合　管理者　　　　様

以下のとおり、専門職の派遣を申し込みます。

|  |
| --- |
| 申　請　者 |
| 団体名 |  | 代表者名 |  |
| 担当者名 |  | 主な連絡方法 | 電話・メール・FAX |
| 住所（送付先） |  | 電話番号 | 当日連絡がつく電話番号を記載してください |
| メールアドレス |  | FAX番号 |  |
| 【団体の場合】主な活動内容 |  |
| 希望する内容 |
| 希望する専門職と内容 | 分類 | 専門職 | 出前講座の内容（例） |
| * 運動
 | 理学療法士 | 元気でいるための介護予防体操・転倒予防・その他 |
| * 栄養
 | 管理栄養士 | 元気でいるための栄養講座 |
| * 口腔ケア
 | 歯科衛生士 | 口腔ケアから始める介護予防 |
| * 薬
 | 薬剤師 | 薬との上手なつきあい方 |
| 専門職に期待すること | ※話をしてほしい内容等 |
| 会場名 | （会場の所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望日程 | 第1希望 | 年　　月　　日（　　） | ：　　～　　： |
| 第2希望 | 年　　月　　日（　　） | ：　　～　　： |
| 第3希望 | 年　　月　　日（　　） | ：　　～　　： |
| 参加予定人数 | 人 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当講師 | 所　属 |  | 日　程 | 年　　月　　日（　　） |
| 氏　名 |  | 支　払 | 本人払・所属払 |
| 職　種 | 理学療法士　・　管理栄養士　・　歯科衛生士　・　薬剤師 |
| 連絡方法 | MCS・メール（アドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　）・電話・FAX |
| 機材・資料 | プロジェクター・スクリーン・PC・資料（　　　　　　　　　　　　　　） |