

【F A X】077-599-4602 もしくは、
【E-mail】shiga.intl@lake.ocn.ne.jp でお送り下さい。

一般社団法人 滋賀県介護老人保健施設協会

生活機能向上支援事業 利用申込書

一般社団法人 滋賀県介護老人保健施設協会
代表理事 青木 裕彦 様

生活機能向上支援事業にかかる専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等)の派遣を依頼したいので、下記のとおり申込みます。

令和 年 月 日

法人・事業所名

代表者職・氏名

法人・事業所名			
担当者職・氏名			
所在地	〒 滋賀県		
電 話		FAX	
E-mailアドレス			
改善したいことや 悩んでいること等 (技術指導の内容)			
個別指導の希望	有 ・ 無	施設等保険加入	有 ・ 無
専門職による 個別指導のねらい等			
参加予定人数 主な参加職種	参加予 定人数	人	職種
講義について 希望するものを○で囲む	WEB講座希望 (事務局のサポートをご希望の場合は、こちらに✓ → □)		出前講座希望
派遣希望日時 (1回60分程度)	第一希望:令和 年 月 日() 時 分～ 第二希望:令和 年 月 日() 時 分～ その他 :		
申込回数/令和 年度	初回	2回	3回以上(回目)
備 考			

※本様式(Excel版)および記入例はHPに掲載しておりますので、ご活用ください。

滋賀県介護老人保健施設協会(<http://shigaroken.jp/>)→ 当協会の事業 → 生活機能向上支援事業 → 利用申込書

一般社団法人滋賀県介護老人保健施設協会
事務局 東(あずま)・足立
〒520-0522
滋賀県大津市和邇中浜370-1 二国屋ビル3F
TEL 077-599-4601 / FAX 077-599-4602