様 式 １

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○第　　　　号

令和　年　月　日

宮城県仙台保健福祉事務所長　殿

 　　　 所　 属 　 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公 印 省 略 ）

 仙台保健福祉事務所地域リハビリテーション推進強化事業

　　　　リハビリテーション相談支援事業・障害児者支援機能強化事業　について（依頼）

このことについて，下記のとおり依頼します。

記

　 １　日　時　　　令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分から　　時　　分まで

２　場　所

※ 該当する事業名を

ご記載ください

３　内　容　　　リハビリテーション相談支援事業（個別相談）　　　　　　 障害児者支援機能強化事業（事業等支援）

※目的，具体的な内容を記載してください。 例) 市の障害者〇〇事業の企画・運営に対するリハ職からの助言支援

児の保育活動場面における全体的な発達アセスメントと保育士への助言 ○○氏に対する在宅での福祉用具選定に向けたアセスメント

（担当者の）

所属

　職・氏名