

(様式1)

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 依頼書

宮城県気仙沼保健福祉事務所長 宛て  
(成人・高齢班扱い)

依頼日 令和 年 月 日

依頼者	所 属			
	職 種		TEL	
	氏 名		FAX	
日時	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分から <input type="checkbox"/> 調整中			
相談場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 (施設名: ) <input type="checkbox"/> 病院 (病院名: ) <input type="checkbox"/> 通所・通園施設 (施設名: )			
備考				

※1 : 電話連絡の上、相談票(様式2)と合わせて郵送又は電子メールにて御提出ください。

※2 : 居宅介護支援事業所は対象者の居住する市町の地域包括支援センター、障害児者相談支援事業所は対象者の居住する市町の保健福祉担当課に様式2(相談票)のみ提出してください。御不明な場合は、お問い合わせください。

宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班

〒988-0066 気仙沼市東新城3丁目3番地3

電話: 0226-22-6614

FAX: 0226-24-4901

E-mail: kshwfz-sk@pref.miyagi.lg.jp