（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

宮城県北部保健福祉事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（　公　印　省　略　）

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等について（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　　〇〇〇〇様自宅/〇〇センター会議室/〇〇事業所

　　　　　　　（住所：　　）

３　内　容（どちらかにチェックをつけて下さい）

　　　□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）

　　◇具体的な相談内容

例）・リハビリテーション相談の場合

○○氏が自宅内で動きやすくなるための環境整備と運動方法

　　　　　　　・障害児者支援機能強化事業の場合

○○研修会講師

　　　　　　　　○○事業支援

担　当：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

Eメール：