

地域リハビリテーション活動支援事業（市町事業）協力施設

一般社団法人 三重県理学療法士会長

住 所：
名 称：
代表者名：

印

地域リハビリテーション活動支援事業（市町事業）の趣旨に賛同し、以下のとおり協力を申し出ます。

施設名	
施設住所	
施設電話番号	
施設 FAX 番号	
施設ホームページ	

※「施設名」の欄に記載された名称を、ホームページで紹介させていただきます。

貴施設にてご協力いただける職員のお名前を記入してください。

所属部署	お名前	職種
		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST
		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST
		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST
		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST
		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST

※記入欄が不足する場合は、別紙にて所属部署、お名前、職種を明記したものを添付してください。

担当部署名	
担当者氏名	
電話番号	
E-mail	

<郵送先> 〒514-8552 三重県津市桜橋2丁目131番地三重県理学療法士会事務局内
三重県リハビリテーション情報センター宛