

第1号様式(第6条関係)

リハビリテーション専門職派遣依頼書

第 年 月 日 号

リハビリテーション情報センター 様

市町担当課名もしくは
地域包括支援センター名

代表者名 :

リハビリテーション専門職を派遣されるようリハビリテーション専門職人材バンク事業実施要領第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 派遣希望専門職 : 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
特に指定なし
- 2 派遣場所 :
- 3 派遣希望日時 : 【第1希望】 年 月 日 (曜日)
時 分 ~ 時 分
【第2希望】 年 月 日 (曜日)
時 分 ~ 時 分
- 4 派遣目的 : 地域ケア会議 住民集いの場
訪問・通所 その他
- 5 担当者及び連絡先
団体名 :
担当者名 :
住所: 〒 —
電話番号: FAX:

添付書類

- (1) 事業計画書(第2号様式)
(2) その他関係書類 等

事業計画書

市町担当課名：

地域包括支援センター名：

担当者名：

TEL：

1 派遣目的：地域ケア会議 住民集いの場 訪問・通所 その他

2 開催場所：

3 開催日時：

4 その他：

(1) これまでの開催状況

(2) 今回、支援を受けようと考えた動機やリハビリテーション専門職に求めたいこと

(3) 今回、支援を受けたい内容及び課題

第3号様式(第7条関係)

リハビリテーション専門職派遣決定通知書

第 号
年 月 日

様

三重県リハビリテーション情報センター

年 月 日付け 第 号で派遣依頼のあったリハビリテーション専門職人材バンク事業について、下記のとおり派遣を決定しましたので、通知します。

記

- 1 派遣するアドバイザー名 :
職種
- 2 派遣場所 :
- 3 派遣日時 : 年 月 日(曜日)
時 分 ~ 時 分
- 4 派遣目的 : 地域ケア会議 住民集いの場
: 訪問・通所 その他

リハビリテーション専門職派遣事業 実績報告書

市町担当課名：
地域包括支援センター名：

担当者名：

TEL：

- 1 派遣目的：
- 2 開催場所：
- 3 開催日時：
- 4 出席/参加者：
職種あるいは人数
- 5 その他：

【事業実績】(派遣を受けたアドバイザー名：)

○事業概要

○アドバイザーによる助言

○事業結果

○派遣により得られた効果

○その他

※地域ケア会議においては、扱った事例等の内容、アドバイザーによる助言、最終的にどのような取組を行うことになったのか等の内容を記載すること。なお、市町から報告のあった事例で可能なものについては、アドバイザーを含む地域ケア会議の参加者と協議のうえ、できる限り事例の共有化を図るものとする。