地域リハビリテーション支援センター相談申込書

【依頼内容】（該当箇所にレ点をご記入ください）

□１）情報提供
□２）事例相談
□３）訪問相談
□４）障害の評価
□５）リハビリテーションプログラムについての相談
□６）住宅改修・福祉用具の選択
□７）リハビリ従事者への援助または研修
□８）その他

申し込み日時：　　年　　月　　日
依頼者(担当者)氏名：(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様)　職種：(　　)
所属施設名：(　　)
電話／FAX：(TEL　　／FAX　　)
連絡希望時間帯（　　）＊都合によりご希望に添えない場合があります
メールアドレス（　　）＊メールでの対応希望の場合のみ

具体的な依頼内容 ＊スペースが足りない場合は別添資料を添付してください。

地域リハビリテーション支援センター（公立南丹病院　リハビリテーションセンター）
TEL：0771－42－2510　　FAX：0771－42－5071
メールアドレス：nantan-shien-rh@hotmail.co.jp
担当者：須田　泰正（理学療法士）、船越　由美（地域医療連携係）