**山城南圏域地域リハビリテーション支援センター　宛て**

**TEL：０７７４－７２－０２３５（代表）FAX：０７７４－７２－０２９９**

**介護・障害福祉事業所へのリハビリ支援事業**

**【申込書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 |  |
| ご担当者様 | （ご役職）　　　　　　（お名前） |
| 所属施設名 |  |
| 住所 | （木津川市・精華町・笠置町・和束町・南山城村） |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 希望日・曜日・時間帯（複数候補日を記入願います。） |  |

|  |
| --- |
| **相談内容** |
|  |