

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の皆様

山梨県リハビリテーション専門職団体協議会

会長 磯野 賢

山梨県 PT・OT・ST バンク事業の協力について（お願い）

拝啓

初秋の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は当協議会の活動にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当協議会では山梨県の事業である「山梨県 PT・OT・ST バンク事業」の受託を行っております。山梨県では、別添「山梨県 PT・OT・ST バンク事業実施要項」に基づき、市町村における介護予防事業の推進や地域ケア会議等の実施に向け専門職の活用を進めております。

つきましては、当協議会会員で山梨県 PT・OT・ST バンクに御協力をいただける方につきまして下記の通り募集させていただきます。名簿を作成いたしますので、別添申請書の提出をお願い致します。申込みいただいた会員情報は実施要項に基づき山梨県に提出させていただきます。

本事業に対して会員の皆様の積極的な登録及びご協力をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 対 象：山梨県リハビリテーション専門職団体協議会（一般社団法人山梨県理学療法士会・一般社団法人山梨県作業療法士会・一般社団法人山梨県言語聴覚士会）の会員を対象とします（医療機関等の所属や個人会員等の種別は問いません）。
2. 提 出 先：山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 事務局
メールアドレス：houreha@isawa-hsp.or.jp
3. 提出方法：実施要項をご確認の上、登録申請書に必要事項を記載しメールにてご返信下さい。
4. 必要事項：①氏名、②所属施設名、③所属施設住所、④施設電話番号、⑤職種、⑥派遣可能回数、⑦メールアドレス、⑧連絡が取れる電話番号
5. 受付期間：令和元年 10 月 31 日（木）まで
6. 注意事項：以下の件につきましてご注意ください。
 - ① 昨年度お申込みいただいた方は変更申請がない限り継続での登録 となります。
 - ② 今回は 新規でお申込みいただく、又は登録内容に変更がある方 が対象です。
 - ③ 医療機関等に所属の会員の方も 個人で登録 をお願いいたします。
 - ④ 申込みの際は 所属機関長に事業への協力について必ず承諾 を得てください。
 - ⑥ 当協議会の委託内容は協力募集及び名簿作成です。実際の事業依頼等につきましては市町村及び県より直接行われます。
 - ⑦ 登録メールの件名は、「PTOTST バンク登録」でお願いします。

以上

※本件に関して何かご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

連絡先：山梨県リハビリテーション専門職団体協議会
事務局 小林 司
医療法人 石和温泉病院 総合在宅支援室
〒406-0023 山梨県笛吹市石和町八田 330-5
TEL 055-261-5125 FAX 055-263-2118
e-mail houreha@isawa-hsp.or.jp