

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

向寒の候、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新規の方もしくは登録内容に変更がある方のみ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
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、メールもしくは FAX にてご返信下さい。（メールの場合は必要事項の記載のみでも可能です）
4. 受付期間：平成30年12月22日（土）まで
5. 注意事項：昨年度より本事業の申し込み委託先が当協議会に変更、一本化されました。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所属ごとに個人名で登録をお願いいたします。
  - ④ 申込みの際は所属機関の長に事業への協力について必ず承諾を得てください。
  - ⑤ 協議会からの連絡はメールにて行います。メールアドレスは必ず記入してください。
  - 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。

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
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------