

平成 30 年度 PT・OT・ST バンク（登録・変更）申請書

このことについて、次のとおり申請します。

平成 30 年 月 日

| | | | |
|--|----------------------------------|------|------|
| 宛先 | 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 宛 | | |
| 送信先 | e-mail : houreha@isawa-hsp.or.jp | | |
| | FAX:055-263-2118 | | |
| 所属施設名 | | | |
| 所属住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | e-mail : | | |
| | FAX : | | |
| ふりがな | 職種 (○をしてください) | 経験年数 | 派遣回数 |
| 氏名) | PT・OT・ST | 年目 | 回/月 |
| 派遣可能な事業 (<input checked="" type="checkbox"/> or 記載をしてください) | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 家屋調査 | | | |
| その他 () | | | |

※氏名等は名簿等により整理し、派遣調整のために、とりまとめ、県へ提出します。

(協力者の研修状況をリハビリテーション専門職団体協議会実施の研修状況と擦り合わせ、派遣調整の参考にさせていただきますので御承知おきください。)

※複数の方での申し込み場合は個々に送信ください。