

様式第1号（第6条関係）

刈谷市地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....

氏 名.....

電話番号（.....）.....

次のとおり申請します。また、リハビリテーション専門職の派遣に必要な情報を関係機関に提供することに同意します。

団 体	名 称		
	代表者	住 所	
		氏 名	
		電話番号	
	主 な 活 動 内 容		
	活 動 頻 度		回／月
	1回当たりの活動時間		
派 遣 希 望 内 容	派 遣 希 望 日 時		年 月 日 時 分から 時 分まで
	派遣場所	施 設 名	
		住 所	
	参 加 人 数		人（65歳以上の人数 人）
依 頼 内 容		<input type="checkbox"/> 体力測定 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 講話（ ）	