

介護予防に資する専門職派遣依頼書

令和 年 月 日

港区立介護予防総合センターラクッチャ センター長 宛

【申請者】 団体名 _____

代表者名 _____

担当者 _____

住所 〒 _____

TEL _____

E-mail _____

依頼内容			
希望専門職	理学療法士、看護師、介護予防運動指導員、健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士、臨床心理士、作業療法士、その他（ ） ※○印をお願いします。（複数人派遣希望であれば、人数もご記入ください。）		
希望日時	第1希望：令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分	調整	可・否
	第2希望：令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分	調整	可・否
	第3希望：令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分	調整	可・否
開催場所			
参加対象			
貸出備品の有無	有（備品名： _____） 無		
その他			

※専門職の日程の都合により、お受けできない場合がございます。

※開催予定日の2か月前までにご連絡ください。

港区立介護予防総合センターラクッチャ
TEL03-3456-4157 FAX03-3456-4153
E-mail:p-tamachi@central.co.jp