　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙

地域リハビリテーション相談申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 申込み者 | フリガナ |  |
| 施設名  （施設種別） |  |
| 申込者名  （職種又は役職名） |  |
| 住所 | 〒（　　　　　　-　　　　　　　）  電話番号（　　　　　　　）　　　　　　　-  メ－ルアドレス |
| 訪問希望日  ※火曜日・木曜日は除いて下さい。 | 第一希望 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　曜日　【時間】　　　　：　　　～　　　： |
| 第二希望 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　曜日　【時間】　　　　：　　　～　　　： |
| 第三希望 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　曜日　【時間】　　　　：　　　～　　　： |
| 日時未定 | （　　　）　　　　※（　）内に〇を記入してください。 |
| 相談内容 | 該当項目を〇で囲み、具体的な内容を下記に記入して下さい。（複数選択可）  　（A）補装具や福祉用具に関すること  　（B）リハビリテーションに関すること  　（C）介助方法等に関すること | |
| 【具体的な内容】 | |
| 備　考 |  | |

　　　　　　　　　　　　　　　〒５０２－０８５４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岐阜市鷺山向井２５６３－１８

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岐阜県身体障害者更生相談所　古川 行