　（様式１）

第　　　　　　号

令和　年　月　日

　　宮城県気仙沼保健福祉事務所長　殿

所属長

（公印省略）

地域リハビリテーション推進強化事業に係るリハビリテーション相談支援事業等に

ついて（依頼）

　このことについて、下記のとおり依頼します。

記

　１　日　時　　令和　　年　　月　　日（　　）

時　　分から　　時　　分まで

　２　場　所　　○○○○様自宅 /〇〇事業所 /○○センター会議室

　　　　　　　　（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　内　容（どちらかに☑をつけて下さい）

リハビリテーション相談支援事業（個別相談）

障害児者支援機能強化事業（市町・事業所等支援）

【具体的な相談内容】

◆リハビリテーション相談の例

○○さんの運動機能評価と環境調整、福祉用具の選定について

　○○さんの運動機能・言語発達評価と発達の促し方について

◆障害児者支援機能強化事業の例

○○事業に対する技術的支援、○○会でのリハビリテーション講話

　施設で日常的にできる運動、拘縮予防の取組への助言について

担当

所属

氏名

連絡先