

# 地域支援事業 ～地域ケア会議・日常生活支援総合事業等～ 作業療法士派遣申込書

令和 年 月 日

団体・事業所名			
代表者名			
住所			
担当者名	フリガナ:		
担当者の所属部署名			
電話番号			
派遣事業名 (○を付けてください)	1. 地域ケア会議 2. 認知症初期集中支援チーム 3. 介護予防・生活支援サービス事業 4. 一般介護予防事業 5. 認知症出前講座 6. その他 ( )		
派遣時間・回数・期間 * 継続開催の際、ご記入ください	派遣期間 (例: 1年間)	派遣回数 (例: 1回/月)	派遣時間 (例: 2時間)
派遣日時	月 日 ( 曜日) 時 分～ 時 分		
派遣場所			
費用弁償のおおよその額			
派遣業務の具体的内容 具体的な依頼内容、 おおよその参加者数等が わかる場合はご記入下さい			

\* 下記アドレスまでメールにて開催予定の2ヶ月前までにお申し込みください。  
尚、時期や内容によっては依頼をお受けできない場合もございます。ご了承下さい。

派遣申し込み先：一般社団法人 山形県作業療法士会 派遣調整委員会  
アドレス：[yamagataot.hakentyousei@gmail.com](mailto:yamagataot.hakentyousei@gmail.com)