

<注意事項>

- ・本申請書をお送りいただく前に担当者まで、ご一報ください。
- ・協力依頼希望日より14日前までに電子メール又はFAXで提出してください。
送付先： 君津地域リハビリテーション広域支援センター（君津中央病院）
E-mail： kimitsukouiki@kc-hosp.or.jp
FAX： 0438-36-3867 TEL： 0438-36-1071（代表）

地域リハビリテーション活動 協力依頼申請書

令和 年 月 日

(あて先) 君津地域リハビリテーション広域支援センター (担当： 川名) 宛

団体等名称：
所在地：
電話番号：
代表者名：

下記のとおり、協力をお願いしたいため申請いたします。

①事業名・活動名	
②日時・期間	
③活動先	
④実施目的・内容	
⑤支援などを受けたい内容	
⑥対象・参加予定人数	
⑦協力を希望する人材・人数	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 その他・備考() 合計____名
⑧費用支給(予定金額は可能な範囲でご記入下さい)	活動費(あり・なし) → 予定金額(¥)・検討中 交通費(あり・なし)
⑨その他	例)上記以外の伝達事項、イベント保険の有無、その他詳細等
⑩この申請に関わる連絡先	担当者氏名： 連絡先： TEL FAX E-mail