

## ちば地域リハ・パートナー指定申請書

令和 年 月 日

千葉県知事

様

所在 地	〒
機 関 名	
申請者名※1	

「ちば地域リハ・パートナー制度」実施要領3（1）の規定により、ちば地域リハ・パートナーとして指定を受けたいので申請します。

機関の種別 (いずれかに○)	病院・診療所 社会福祉協議会	介護老人保健施設 職能団体	訪問看護ステーション その他( )
協力可能な職種及び人数	医師(名) 看護師(名)	PT(名) その他(職種及び人数)	OT(名) ST(名)
協力可能な内容 (該当に○) ※2	市町村事業(介護予防事業・地域ケア会議等)へのリハ専門職等の派遣		
	広域支援センターや関係機関主催の研修・イベント等への講師の派遣		
	広域支援センターや関係機関主催の研修・イベント等へのスタッフの派遣		
	リハビリに関する相談事業への協力		
	研修等の会場の提供(名称)		収容名
	研修・イベント等の周知広報		
	その他(具体的な協力内容)		
貴機関で地域支援として取組中の事業があれば簡単に記載してください	連携・協力先 (該当に○)	独自事業 市町村 その他( )	広域支援センター 社協
	内 容	(例:各種会議出席、研修講師派遣、市民講座、配食サービス等)	
連絡先	担当者	(所属)	(氏名)
	電話※3		FAX
	E-mail※4		
県(及び広域支援センター)ホームページへの掲載(所在地、機関名、協力可能な職種・内容、連絡先(電話))(該当に○)			可・不可

以上の内容は、該当圏域の広域支援センター及び千葉県リハビリテーション支援センター(広域支援センターへ助言する役割を持つ機関)へ情報提供しますので、承知の上申請してください。

※1:申請者名には、施設長や院長など貴機関の代表者名を記載してください。

※2:実際の依頼内容は広域支援センターの事業計画等に基づき調整があります。また、広域支援センターが主催する地域リハ・パートナーとの意見交換会等へも参加いただきます。

※3:日中連絡可能な電話番号を記載してください。

※4:主たる連絡手段として電子メールを使用しますので、記載をお願いします。