

様式第 1 号 (第 6 条関係)

大山町地域リハビリテーション専門職派遣依頼書

年 月 日

大山町長 様

団体名
代表者 住所
氏名

次のとおりリハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

連絡先	担当者名
	電話番号
希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望場所	
参加予定 人数	人
希望され るテーマ	
備 考	※具体的なご要望等あれば、ご記入ください。