

リハビリテーション専門職派遣申請書
(通所サービス事業所用)

申請日： 令和4年5月10日

申請者情報	所在地	浜松市中区元城町103-2		
	名称	〇〇通所介護事業所		
	代表者	浜松 太郎		
	担当者	浜松 花子		
	TEL	457-2361	FAX	458-4885
	メール (あれば記載)	kourei@city.hamamatsu.shizuoka.jp		

【申請内容】

1 開催日時	《第1希望日》	令和4年8月10日(水)	14:00~15:00	
	《第2希望日》	令和4年8月24日(水)	14:00~15:00	
2 実施場所	《会場名》	浜松市役所		
	《所在地》	浜松市中区元城町103-2		
3 参加者情報	《参加予定人数》	5	《職種》	介護職員
4 依頼内容	※リハビリテーション専門職に相談したい内容等をご記入ください。 普段運動を取り入れているが、同じような内容になってしまう。高齢者が安全にかつ楽しくできるよう、介護予防のための運動についての正しい知識や技術についてご指導をお願いしたい。			

【講師決定通知(※事務処理欄※)】

上記申請について、以下のとおり派遣を決定いたします。なお、派遣にかかる連絡・調整は直接下記までお願いいたします。

講師	所属	浜松市病院			
	氏名	遠州 康子	職種	理学療法士	
	連絡先	電話	457-2789	(12:00~13:00 または17:00以降であれば可)	
		メール	ensyu@city.hamamatsu.shizuoka.jp		
開催日	令和4年8月10日(水) 14:00~15:00				

【実績報告】

1 講師の指導・助言に対する評価

満足

2 指導・助言に対する意見等(役立ったこと、問題点、今後の課題等を具体的に記載してください。)

資料をもとに丁寧に説明していただき、理解が深まった。体操を行う上での注意点やポイント等を実技を交えて教えて下さり、大変参考になり、また、普段のプログラムを振り返る機会となった。早速、利用者様に対して、実践していきたいと思う。来年度もぜひこの事業を利用したい。