第２号様式（第６条関係）

　年　　月　　日

（宛先）清須市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先

リハビリテーション専門職派遣申請書

（住民主体運動教室等活動支援事業）

　清須市リハビリテーション専門職派遣事業実施要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体の活動内容 | 主な活動 |  | |
| 活動頻度 | 曜日：  時間：午前・午後　　　　時　～　午前・午後　　　　時 | |
| 活動場所 | 所在地：清須市（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　) | |
| 会場の環境：フローリング ・ 畳 ・ その他（　 　　　　） | |
| 椅子の数：　　　脚 | 保有備品（　　　　　 　 　　　） |
| 参加人数 | 人（男性：　　人　女性： 　人） | |
| 年齢層：　 　～ | 移動能力に問題がある方:　　　人 |
| 希望日時 | 第１希望 | 月　　日　　時から | |
| 第２希望 | 月　　日　　時から | |
| 第３希望 | 月　　日　　時から | |
| 依頼内容 | | (最終目標) | |
| (困り事・助言) | |
| 希望回数　　　　　回　　　　　　　　※上限４回まで | |

□　日程調整を行うため、代表者の住所及び連絡先以外の上記団体の情報を関係機関に提供します。