

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター
巡回相談・指導、研修事業 申込書

記入日 年 月 日

当センターでは、生活介護施設や学校からのご依頼により、センターの医師あるいは療法士などが現地に赴き、障がいのある方の生活環境や日常の過ごし方に関する相談（食事の姿勢や方法、介助のしかた、活動の方法など）に応じています。職員向け研修会の開催などにも行っております。

-----※ 注意 ※-----

下記をご記入いただき、FAXにてご連絡くださいますよう、お願いいたします。

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター FAX番号（06-6481-5560）

ふりがな		ふりがな	
施設・学校名		担当者氏名	
住 所	〒 ー 兵庫県		
電話番号		連絡の取りやすいお時間帯	
() ー		時 ～ 時	
メールアドレス ※必須		FAX番号	
@		() ー	

※後日、日程調整や段取りの相談をメールでお願いすることがありますので、必ず連絡が取れるメールアドレスの記載をお願いします。

指導・相談を希望する職種はございますか	☐ 医師	☐ 療法士（PT・OT・ST）	☐ MSW
具体的に指導・相談内容をご記載ください			
例：トイレなどの乗移りの介助方法を教えてほしい。 更衣動作の方法を教えてほしい。 学習室の環境を見てほしい。など・・・			

巡回相談・指導をご希望される時期・時間			
ご希望月に○を記入（複数可）	4月・5月・6月・7月・8月・9月 10月・11月・12月・1月・2月・3月	滞在時間 ご希望時間	AM ・ PM ・終日

※ ご連絡事項 ※

巡回相談・指導の申込書が当センターへ届きましたらこちらから、改めてご連絡させていただきます。

ご連絡させていただいた際に、申込書の記載内容について詳細をお伺いし、日程などの調整をさせていただきます。

全てのご希望に沿えないこともございますので、御了承くださいますようお願いいたします。

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター TEL：06-6481-5565