

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。

※ 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	〒 -		
電話番号		連絡の取りやすいお時間帯	
() -		時 ~ 時	
メールアドレス		FAX番号	
		() -	

※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	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 療法士 (PT・OT・ST)	<input type="checkbox"/> MSW
具体的に指導・相談内容をご記載ください			
例: トイレなどの乗り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

ご希望年月	令和 年 月頃	滞在時間 ご希望時間	約 時間 AM ・ 昼食場面 ・ PM
-------	---------	---------------	------------------------

※ 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。

学校・施設等フォローを含め2～3回程度の訪問を実施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