

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

センターへの来院が困難である地域の施設や学校に対して、脳性麻痺等肢体不自由児者の日常生活・学習環境などを、センターの医師及び療法士などが直接出向き、相談や助言を行う巡回相談・指導業務を行います。

※ 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	〒 -		
連絡先(電話番号)	FAX番号	連絡の取りやすいお時間帯	
() -	() -	時 ~ 時	
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
-------	---------	---------------	------

※ 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。こちらから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聞きさせていただき、日程などの調整をさせていただきます。

本年度(令和2年度)10月ごろより巡回指導・相談の開始を予定しております。

今年度に関して、試験的な運用となりますので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。(各施設・学校などにフォローを含め2回程度の訪問を実施予定)

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