

年 月 日

多摩市健康福祉部長 殿

多摩市地域リハビリテーション活動支援事業
リハビリテーション専門職派遣申込書 (自主グループ用)

下記のとおりリハビリテーション専門職の派遣を申し込みます。

記

1 申込団体名	
2 代表者氏名	
3 代表者住所	
4 代表者電話番号	()
5 希望日時 (必ず複数ご記入ください)	
①第1希望	年 月 日 () 午前・午後 時 分から1時間
②第2希望	年 月 日 () 午前・午後 時 分から1時間
③第3希望	年 月 日 () 午前・午後 時 分から1時間
6 会場名	
7 会場住所	
8 駐車場の有無	あり ・ なし 備考 ()
9 参加予定人数	人
アンケート (該当する箇所に☑をしてください)	
Q1 活動の中で体操を取り入れていますか? 「はい」の場合はどんな体操かご記入ください。 → <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ	
Q2 活動の回数を増やしたいと考えていますか? → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	
Q3 みんなで元気でいられるよう、もっと体操をしたいと思いませんか? → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	