

長和町リハビリ専門職派遣事業利用申請書

年 月 日

長和町長 様

申込者(代表者)

氏 名

住 所 長和町 (区)

電話番号

長和町リハビリ専門職派遣事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|--|--|---|---|-------|----------|
| 参加予定人数 | 人 (男性: 人 女性: 人) | | | | |
| 参加者の年齢 | 歳～ 歳くらい | | | | |
| 会 場 | | | | | |
| 初回派遣 希望日時 ※平日9時～ 17時(終了)の うちの1時間 | 第1希望 | 年 | 月 | 日 () | 時 分～ 時 分 |
| | 第2希望 | 年 | 月 | 日 () | 時 分～ 時 分 |
| | 第3希望 | 年 | 月 | 日 () | 時 分～ 時 分 |
| 運動内容の要望 | ストレッチ全般・筋力向上・肩膝腰の運動・口腔機能向上・ 認知機能低下予防・その他() | | | | |
| その他 (配慮が必要な事柄 など) | | | | | |

※派遣日時については、後日講師より直接連絡が入ります。

※2回目以降の派遣日時は、初回派遣時に講師と相談により決まります。

申込にあたり、下記事項について同意します。 【同意の署名 _____】

- 講師は、集団・個別の運動指導は行いますが、治療行為は行いません。
- 申請書に記載された内容は、講師に情報提供します。
- 講師派遣時に発生した怪我については、町が加入する傷害保険の適用になります。持病の悪化は適用外となりますので、体調不良時の参加はお控えください。
- 会場確保は申込者でお願いします。なお、会場使用料等が発生する場合は、申込者負担となります。
- 月に1回以上、運動を継続することに努めてください。
- 講師に対して、飲食や金品等の心遣いはご遠慮ください。
- 講師の都合により、希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。
- 政治、宗教又は、営利を目的とした会合への派遣はできません。