伊勢崎地域リハビリテーション広域支援センター
実地指導・面接相談 FAX申込書

◎送信先：伊勢崎地域リハビリテーション広域支援センター（FAX ０２７０－２３－２６５７）

申 込 日	令 和　　年　　月　　日（　　）
申 込 者	所 属
	氏 名　　職 種
	電話番号 FAX番号
ご利用される事業	（ 実地指導 ・ 面接相談 ） ※ご希望の方に〇をつけて下さい。
希 望 日 時	令 和　　年　　月　　日（　　） 午前・午後　　時　　分から　　時　　分まで
実施指導のご要望・面接相談の内容等を御記入下さい。	
＊指導内容分類	（ リハビリ ・ 福祉用具 ・ 住宅改修 ・ その他 ）
＊内　　訳	（ 市町村・医療機関・入所施設・在宅関係事業所・その他 ）

※人員等の関係で、必ずお受けできるものではございません。
※日程調整の必要がございます。

＊印は事務的な処理に使用しますので、記入しないで下さい。