

## リハビリテーション専門職等の派遣依頼に関する調査書

送 付 先

東京都健康長寿医療センター研究所  
 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター  
 E-mail: [haken@tmig.or.jp](mailto:haken@tmig.or.jp)  
 FAX: 03-5926-8237

リハビリテーション専門職等の派遣にあたり、調査書にご記入いただきますようお願い申し上げます。  
 記入後は、[メールまたはFAX](#)にてご返送いただければ幸いです。

ご担当者様	所属：					
	氏名：					
ご連絡先	〒					
	-----					
	TEL：		FAX：			
	E-mail： @					
派遣タイトル						
派遣内容 (区市町村の状況等を含めて、詳細にお書きください。)						
希望職種 (○をつけてください。)	<input type="checkbox"/>	理学療法士	<input type="checkbox"/>	作業療法士	<input type="checkbox"/>	言語聴覚士
	<input type="checkbox"/>	その他				
その他希望条件 (市内在勤等)						
日時	① 未定 ( 頃)					
	② 実施日時：令和 年 月 日 ( ) AM・PM ( : ~ : )					
場所	① 未定					
	② 実施場所： 区市町村 会場名等( )					
派遣報酬(予定)額	有 : 金額 ( 円) / 無					
その他、何かご希望があればご記入ください。						

ご不明な点につきましては、TEL:03-5926-8236 FAX: 03-5926-8237 までご連絡ください。