令和　　年度地域包括ケア専門職派遣システム構築事業

派遣依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山　口　県

　事業受託者：山口県社会福祉士会　様

次のとおり専門職等の派遣を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者名 | 市町名 | |  | | | | |
| 課・センター名 | |  | | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | |
| 希望職種  （○印） |  | 認知症専門医 | |  | 精神科専門医 |  | 保健師 |
|  | 弁護士 | |  | 司法書士 |  | 管理栄養士 |
|  | 栄養士 | |  | 言語聴覚士 |  | 薬剤師 |
|  | 歯科医師 | |  | 歯科衛生士 |  | 社会福祉士 |
|  | 作業療法士 | |  | 理学療法士 |  | 大学教授 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 希望者  氏名 | （希望者があれば記載） | | | | | | |
| 実施日時 | 令和　　年　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　） | | | | | | |
| 会議名称 |  | | | | | | |
| 会議の機能  （○印） |  | 個別課題解決 | |  | ネットワーク構築 |  | 地域課題発掘 |
|  | 地域づくり・資源開発 | |  | 政策形成 | ※複数回答可 | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 会議出席者  （予定） |  | | | | | | |
| 検討事項 |  | | | | | | |
| 実施場所 | 名　　称：  住　　所：  電話番号： | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | |

**派遣依頼書の送付などについて**

**１　本事業に関する問い合わせ先**

一般社団法人山口県社会福祉士会事務局 担当：吉村

住 所 〒753-0072 山口市大手町９番６号　山口県社会福祉会館内

〇TEL　　０８３-９２８－６６４４

**２　依頼書の送付方法**

メール、ファックスまたは、郵送でお送りいただきますようお願いいたします。

メールに添付する際は、書類にパスワードを付与するなどお願いいたします。

〇メール 　　　[yamashashikai@clock.ocn.ne.jp](mailto:yamashashikai@clock.ocn.ne.jp)

〇ファックス　０８３-９２２－９９１５

○住所　　　　〒753-0072

　　　　　　　山口市大手町９番６号 山口県社会福祉会館内

　　　　　　　　一般社団法人山口県社会福祉士会　宛

**３　依頼書の作成にあたっての留意点**

依頼書の作成あたりましては、個人情報が特定できないよう、次の事項につき、ご留意ください。

①　利用者等の氏名、住所地、利用施設（機関）、援助者等の氏名、所属先名称

　等の固有名詞は、原則として無作為のアルファベットで表記し、個人、地域、

　施設等が特定されることがないようにする。  
②　援助者等の所属する施設名（機関名）及び職名、援助者が提供するサービス

　名称等は、原則として法律上の名称とする。  
③　利用者等の生年月日を記載する必要がある場合には、生年までとする。  
④　利用者等の年齢は、特に必要な場合を除き、○○代前半（半ば・後半）とす

　る。