**令和　　年度住宅改修等点検に係る専門職派遣**

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

（ＴＥＬ：０８３－９２８－６６４４　ＦＡＸ：０８３-９２２-９９１５）

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 |  | |
| 課名 |  | |
| 担当者氏名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 希望職種  （該当する箇所に☑） | □ 理学療法士　　　　□ 作業療法士 | |
| 希望者  所属と氏名 | （希望者があれば記載）（※派遣できる専門職は、山口県理学療法士会、または、山口県作業療法士会に所属している方のみ対象となります。）  所属名：  氏　名： | | |
| 依頼内容  （該当する箇所に☑） | □　住宅改修費の給付に関する利用者宅の実態調査や利用者の状態等の確認  　　及び施行状況の確認等  □　福祉用具購入費・福祉用具貸与に関する利用者における必要性の確認等 | | |
| 実施日時 | 第１希望　令和　　年　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）  　第２希望　令和　　年　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）  　第３希望　令和　　年　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　） | | |
| 訪問場所 | （番地以降は未記入） | | |
| 同席者（予定） |  | | |
| 事案概要  （派遣を希望する目的・理由） | （個人情報に留意してご記入ください。詳細に関しては、市町と派遣専門職間で情報共有を図ります。） | | |
| 備　　考 |  | | |