

様式第1号（その1）（第5条関係）

市川市リハビリテーション専門職等助言依頼書（住民の通いの場）

年 月 日

市川市長

団体名	
代表者	氏名
	住所
	電話
	FAX

次のとおりリハビリテーション専門職等の助言を依頼します。

希望日時	第1希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望テーマ (1つ選択)	<input type="checkbox"/> ロコモ予防 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> オーラルフレイル予防 <input type="checkbox"/> フレイル予防のための食事	
場 所	名 称： 住 所： 駐車場： 有 ・ 無	
主な活動内容		
団体構成員	65歳以上 () 人 65歳未満 () 人	
参加予定人数	() 人	
	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> 上記のとおり依頼を受けたためリハビリテーション専門職等の助言を依頼します。 <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">市川市長</p>	

代表者と連絡担当者が異なる場合は、下記に連絡先を記載してください。

氏名		住所	
電話		FAX	