

## 山城北圏域 地域リハコーディネート事業依頼書

### 【依頼内容】

連携事業（会議等参加）/相談事業（訪問相談 講師派遣等）/事例検討会/研修会

上記内容詳細（ ）

その他（ ）

\*該当する内容が不明な場合は未記入でかまいません。

\*転院先のあっせん、定期的な個別訓練のご依頼対象外とさせていただきます

\*利用者様個人でのご依頼はご遠慮ください。

【申し込み日時】 平成 年 月 日

【ご依頼者名】（ ）様 職種（ ）

【所属施設名】（ ）

【電話/FAX】 電話（ ） FAX（ ）

【メールアドレス】（ ）

【希望連絡時間帯】（ : ~ : ）

---

### 具体的なご依頼内容

【依頼日時】

【場所】

【内容】\*備考もあれば、ご記入ください。

---

### 【連絡先】

名称：山城北圏域地域リハビリテーション支援センター

（京都岡本記念病院 リハビリテーションセンター内）

住所：京都府久世郡久御山町佐山西ノ口 100 番地

TEL リハビリセンター直通 0774（48）5566

FAX リハビリセンター直通 0774（48）5568

メール [rihabiri-2@okamoto-hp.or.jp](mailto:rihabiri-2@okamoto-hp.or.jp)

担当者 山城北圏域地域リハ支援センターまで