様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

**リハビリテーション専門職派遣　実績報告書**

**（報告者）　機関名　　　　　　　　　所属・氏名　　　　　　　　電話番号**

**（1）実績報告記入欄**：派遣されたリハビリテーション専門職が記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼元市町  (地域包括支援センター） | 掛川市 | |
| 派遣日時 | 令和　年　　月　　日　　　　　　時　～　　　時 | |
| 派遣場所 |  | |
| 依頼事業種類 | 住民主体の通いの場　□介護予防教室  □地域ケア会議　　　　サービス担当者会議  研修会・講習会　　□訪問事業所　　通所事業所  その他（　　　　　　　　　　　　） | 参加職種：  参加人数：　　 人 |
| 派遣事業内容 | 転倒予防・体操教室　認知症相談・予防　高次脳機能障害相談・教室  住宅環境、福祉用具相談・教室　摂食、嚥下相談・教室  その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 派遣依頼内容  （実施内容） |  | |
| 指導・助言した内容 |  | |
| 課題等 |  | |

＊記載しきれない場合は、別紙に記載をお願いします。