

従事者支援のための訪問・相談 申込書

申込日 令和 年 月 日

相談者	事業所名					
	相談者	氏名			職種	
	連絡先	TEL				
Eメールアドレス						
電話連絡 希望日時	<input type="checkbox"/> いつでも可能		<input type="checkbox"/> 希望あり			
	令和	年	月	日 ()	時 ~ 時 頃	

※相談内容について簡単にお書きください（詳細は後日、支援センターより電話にて確認させていただきます）

1. 相談したいこと（困っていること）

例*利用者に運動してもらいたいけどどんな運動が良いか、どうしたら良いのか分からない。

*安全に食べてもらいたいけどどうしたら良いのか分からない。

2. 「相談者の目標」こうなったら良いという希望など

例*利用者に安全に歩いてもらえるための評価（注意点・確認のポイント）を職員が共有できるようになる。

*安全に食べるためのポイントを知り、職員で共有できるようになりたい。

※上記に記載いただき、FAXか、Eメール、または郵送にてお申し込みください。

※右記の二次元コードからのお申し込みも可能です。



丹後圏域地域リハビリテーション支援センター

〒627-8555 京都府京丹後市峰山町杉谷158-1 公益財団法人 丹後中央病院

FAX：0772-62-8302

TEL：0772-62-8301

Eメールアドレス tango-rehabili-shien@tangohp.com

URL http://www.tangohp.com/tangoshien.html