

## リハビリテーション養成校実習申込書

令和 年 月 日

石川県リハビリテーションセンター所長 様

所在地

機関名

代表者名

印

リハビリテーション養成校学生のための実習(福祉用具・住環境技術実習)の受講を申し込みます。

記

学校名			
専攻等	理学療法士専攻 ・ 作業療法士専攻 ・ 言語聴覚士専攻 その他 ( )		
学 年		人数	
連絡先	〒 _____  TEL : ( )		
担当責任者			
希望日時	令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
目 的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移動/移乗</li> <li>・ コミュニケーション</li> <li>・ シーティング</li> <li>・ 日常生活行為</li> <li>・ 住環境</li> <li>・ バリアフリー、ユニバーサルデザインに関すること</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		