様式第２号

　　年度　事　業　計　画　書

年　　月　　日

　熊本県知事　　　　　　　様

　　　医療機関等開設者所在地

　　　医療機関等開設者氏名

　地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第９の２に基づき、　　年度事業計画書を次のとおり提出します。

１　市町村の地域支援事業等への支援計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 市町村・地域包括  支援センター名 | 内容 | 委託・講師・  出席依頼等の別 |
| １ |  |  | 年間業務受託  単発の講師依頼  単発の会議出席 |
| ２ |  |  | 年間業務受託  単発の講師依頼  単発の会議出席 |

２　その他、地域リハビリテーションの推進に関連する業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実施主体 | 依頼内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |

＊地域密着リハビリテーションセンター業務に携わる職員体制(全員)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 職種 | 氏名 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | 担当者氏名 |  |