

## 地域リハビリテーション山城北圏域支援センター相談依頼書

【依頼内容】（該当箇所には点をご記入ください）

- 1) 情報提供
- 2) 事例相談
- 3) 訪問相談
- 4) 備品貸し出し（電動車椅子 JW1／電動アシスト車椅子 JW2）
- 5) その他

○転院先紹介（病院・施設とも）は依頼対象外とさせていただきます。

○利用者様個人での依頼はご遠慮下さい

申し込み日時： 年 月 日

依頼者氏名：（\_\_\_\_\_様）職種（\_\_\_\_\_）

所属施設：（\_\_\_\_\_）

電話／FAX：（TEL \_\_\_\_\_／FAX \_\_\_\_\_）

連絡希望時間帯（\_\_\_\_\_）\*都合によりご希望に添えない場合があります

メールアドレス（\_\_\_\_\_）\*メールでの対応希望の場合のみ

具体的依頼内容

\*スペースが足りない場合は別添資料を添付してください

地域リハビリテーション山城北圏域支援センター（第二岡本総合病院）

TEL/FAX 0774 (45) 1200 \*電話：留守番電話対応になっています。

E-mail yamakita2okamoto@jupiter.ocn.ne.jp

担当者氏名：リハビリテーション科 田後 裕之