

(様式6)

第 号
年 月 日

市町村長 様

地域リハビリテーション広域支援センターの長

年度自立支援型地域ケア会議への専門職派遣に係る派遣調整の結果について（通知）

このことについて、下記のとおり派遣（推薦）することとしましたので、通知します。

記

1 職種・氏名 専門職派遣計画表（様式4）のとおり

2 派遣計画 専門職派遣計画表（様式4）のとおり

3 その他

（1）派遣に係る詳細については、所属機関・専門職本人と調整すること。

（2）会議開催日時の変更等があった場合は、再度調整を行うので、直ちに連絡すること。

（3）派遣する専門職の参加経費旅費等については、貴市町村の規定に基づき、支払うこと。