

地域リハビリテーション活動支援事業講師派遣実績報告書

年 月 日

富山県作業療法士会 あて

所属
氏名

下記のとおり報告いたします。

事業名						
開催日時	年	月	日	:	～	:
開催場所						
依頼元						
依頼内容						
<input type="checkbox"/> 地域ケア会議						
<input type="checkbox"/> 介護予防						
<input type="checkbox"/> その他 ()						
主な実施内容 (可能な範囲で具体的に)						
感想と今後の課題						