

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	