

65歳以上の  
**団体  
専用**

# リハビリ専門職 を派遣します

令和4年度帯広市一般介護予防事業 地域リハビリテーション活動支援事業

## リハビリ専門職派遣事業

### 【派遣する職種】

栄養士

歯科衛生士

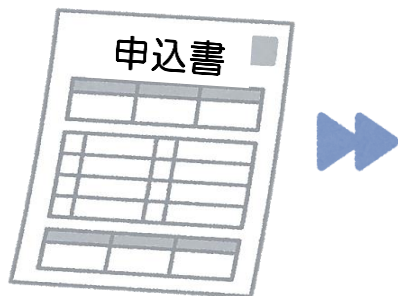
リハビリ職※

※理学療法士、作業療法士、  
言語聴覚士のいずれか



### 【派遣までのながれ】

① 申し込む



申込書①及び②に記入し、  
地域福祉課へ提出します。

② 調整する



派遣決定後、決定通知が届き  
ます。その後、専門職と日程  
などの詳細を調整します。

③ 当日



活動日当日、指定の会場へ  
専門職がお伺いします。

# リハビリ専門職派遣事業

帯広市は、自主的なグループや団体の皆さまの活動をリハビリ専門職と一緒に応援します。

## 【実施期間】

4月から翌年3月まで

## 【対象者】

以下のすべてに該当する帯広市内で活動している自主活動団体

- 月1回以上継続して活動している
- 新規の参加者を受け入れている
- 介護予防※につながる活動をしている

※「介護予防」とは、要介護状態になるのをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして、要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減をめざすこと。

## 【派遣する専門職と講話内容】

栄養士 バランスの良い食事、フレイルや低栄養を予防する食事 など

歯科衛生士 口や舌の動き、唾液腺マッサージ、口腔体操 など

リハビリ職※ 転倒予防や生活習慣病予防の体づくり、認知症予防や嚥下機能 など

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか

## 【日時】

月曜日から土曜日（祝日を除く）9時から17時、1回60分間

（お申し込み後に希望の日時を専門職と調整していただきます）

## 【場所】

帯広市内の自主活動団体が活動している場所

（自主活動団体ご自身で会場をご用意していただきます）

## 【利用回数】

1団体について、実施期間中に3回の利用が可能（異なる専門職を計3回まで）

## 【利用料金 等】

専門職の派遣については無料、会場費などは申し込み団体側の負担

※活動参加中の健康管理や事故・怪我等につきましても自己責任となりますので、あらかじめご了承ください

## 【申し込み方法】

「リハビリテーション専門職派遣申込書①及び②」をご記入のうえ、**開催予定日の30日前までに**、地域福祉課の窓口へお持ちいただくか、FAXや郵送で下記までお送りください。

申込み・  
問合せ先

帯広市役所3階 市民福祉部地域福祉室地域福祉課

住所 〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地

電話 0155-65-4113 FAX 0155-23-0158



## リハビリテーション専門職派遣申込書①

団体名		申込日	
申込者	氏名	令和 年 月 日	
	住所	〒 ー 帯広市	
	電話番号	FAX番号	

希望 職種 日時	1回目	職種	第1希望	第2希望
		希望する職種に ○を付けてください。	月 日 ( )	月 日 ( )
		1. 栄養士 2. 歯科衛生士 3. リハビリ職	時 分から 時 分まで ※1回60分間	時 分から 時 分まで ※1回60分間
	2回目	職種	第1希望	第2希望
		希望する職種に ○を付けてください。	月 日 ( )	月 日 ( )
		1. 栄養士 2. 歯科衛生士 3. リハビリ職	時 分から 時 分まで ※1回60分間	時 分から 時 分まで ※1回60分間
	3回目	職種	第1希望	第2希望
		希望する職種に ○を付けてください。	月 日 ( )	月 日 ( )
		1. 栄養士 2. 歯科衛生士 3. リハビリ職	時 分から 時 分まで ※1回60分間	時 分から 時 分まで ※1回60分間

会場	会場名	
	住所	帯広市

参加予定人数	人
--------	---

本事業を知った きっかけは何ですか	広報おびひろ / 市ホームページ / 市内施設にあるチラシ 紹介 (どなたから→ ) / その他 ( )
----------------------	---

これまで本事業を利用 したことがありますか	初めて利用する / 利用したことがある → 令和3年度・それ以前
--------------------------	----------------------------------



# リハビリテーション専門職派遣申込書②（活動について）

記入日： 令和 年 月 日

以下の質問にお答えください。空欄にご記入いただくか、あてはまるものに○をつけてください。

1	団体名	
2	活動内容 (例：体操、運動、踊り、交流、ボランティア活動など)	
3	活動場所	
4	活動の頻度	いずれか1つに○をつけてください ①週2回以上 ②週1回 ③月に2～3回 ④月1回程度
5	活動日・時間帯	毎週・第( )曜日 時 分～時 分
6	参加者の年齢層	( )歳代～( )歳代
7	団体の結成時期	( )年( )月頃
8	男女構成 (おおよその人数でかまいません)	男性( )人・女性( )人
9	参加費用	どちらか1つに○をつけてください ①なし ②あり(参加費 月・半年・年 円)
10	新規参加者をどれくらい受け入れることが可能ですか？	( )人程度
11	貴団体をご紹介する際、代表者の連絡先を公表してもよろしいですか？	どちらか1つに○をつけてください ①公表できる ②公表できない
12	代表者連絡先	名前： 住所：〒 帯広市 電話番号：

リハビリテーション専門職派遣申込書①及び②を地域福祉課へ提出してください