**【様式2-1】**

**短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）**

**実　施　報　告　書**

令和　　年　　月　　日

長崎市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受注者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

令和　　年　　月分の短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）の実施について、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施日 | 対象者 | 担当者名 | 離島加算講師氏名（職種） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 計 | 件 |  |  | 件 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：