

FAX：0898-23-3126

組織強化推進委員 大森 行 ※送信票は不要です。

支部設立に関するアンケート記入用紙

①施設名 _____

②理学療法部門代表者名

※代表者は貴施設に所属されている理学療法士会会員で、県士会と連絡が取れる方よりご選出ください。

氏名 _____

③施設メールアドレス

平成30年度診療報酬・介護報酬改定情報や近隣市町の地域包括ケアシステム、介護予防事業に関する情報等をお送りさせて頂く予定です。

※②で記載した代表者が確認するメールアドレスを丁寧にご記入ください。

※PCからのメール受信が可能な状況にしてください。

@

④支部長の選定について

支部設立に当たり支部長を公募いたします。支部長の役割としては管理者ネットワークの構築や支部内各施設の意見を集約し、愛媛県理学療法士会理事会に連絡すること等が挙げられます。

- ・ 支部長に立候補される方は立候補者名を、推薦したい方がいらっしゃる場合は推薦者名をご記入下さい（自薦・他薦ともに理学療法士会会員に限ります）。
- ・ 立候補者、推薦者がいない場合は愛媛県理学療法士会に支部長選定を一任するに○印をご記入下さい。

・ 支部長立候補者名もしくは推薦者名 _____

・ 愛媛県理学療法士会に支部長選定を一任する

ご協力いただきありがとうございました。

※ **12月11日迄** にご返送下さい。

※ ネットワーク作りに必要なアンケートでございますので、提出が確認できない場合は改めてお電話をさせていただきますことをご承知おきください。

※ お手数をおかけ致しますが、ご協力の程よろしくお願い致します。