

平成 29 年 12 月 4 日

山形県地域リハビリテーション連携委員会  
関連病院・施設 リハビリ責任者 御侍史

山形県災害リハビリテーション  
推進協議会（やまがた JRAT）  
本部長 高木理彰  
山形大学医学部附属病院  
整形外科主任教授/リハビリ部部长

### やまがた JRAT への参加/登録の御依頼

別紙趣意書のとおり、「やまがた JRAT」の組織化に向けて参加/登録の御協力を作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、介護支援専門員が常勤として勤務されている医療機関にお願いしております。何卒格別の御配慮を賜りたく、お願い傍々、御案内願ひ申し上げます。尚、来年 5 月に第 1 回山形県災害リハ研修会（仮称）の開催を予定しております。

### 記

#### 1. 御依頼内容

- ・「やまがた JRAT」の組織化に向けての参加/登録の御協力

#### 2. 登録方法

- ・方法 別紙「参加/登録申込書」に御記入の上、同封の封筒にて下記まで御返送ください。担当責任者は事務局と連絡がとれる方のお名前をご記入願ひます。
- ・一次締め切り 平成 29 年 12 月 31 日(日)
  - ※ これ以降も随時、参加/登録の受付は行いますが、組織化にむけての第一段階として登録施設一覧を来年 1 月に作成したいと考えています。
- ・申し込み先 やまがた JRAT 事務局

(山形大学医学部附属病院リハビリテーション部)

#### 3. 問い合わせ先

〒990-9585 山形市飯田西 2-2-2 山形大学医学部附属病院

リハビリテーション部内

やまがた JRAT 事務局 (担当:村川美幸)

TEL (023) 628 - 5718 FAX (023)628 - 5719

やまがた JRAT 事務局 宛

## やまがた JRAT 参加/登録申込書

災害リハビリ支援を目的としたやまがた JRAT への参加/登録を申し込みます。

平成 年 月 日

病院・施設名

---

担当責任者氏名

---

印

担当責任者連絡先

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

メールアドレス : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_