

富士宮市障害支援区分認定審査会委員（平成 27・28 年度） を募集しています

障害支援区分認定審査会は、障害者自立支援法に定める介護給付費等の支給に関する障害程度区分の審査及び判定を行う場所です。

皆さんの意見を障害支援区分認定に反映してみませんか？

「募集要綱」

- 1 募集人数 1人
- 2 任 期 平成 27 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日
- 3 回 数 6 回／年（予定） 1 回 1 時間半程度
- 4 開 催 日 火・水・木曜日のいずれか、午後 2 時または午後 7 時
- 5 会 場 富士宮市役所
- 6 報 酬 富士宮市より規定額を支給
- 7 資 格 富士宮市に在勤・在住で 10 年以上の臨床経験、障害者施設・事業での経験があれば望ましい
(初めてのの方は、県主催の新任研修会を受講していただきます)
- 8 〆 切 平成 26 年 12 月 19 日（金）
応募多数の場合は、選出委員会にて委員の選出案を作成し
理事会承認を申請し決定します
- 9 申込方法
別紙「富士宮市障害支援区分認定審査会委員申込」に必要事項を記入し、以下の申込先へお知らせください。

静岡県理学療法士会東部地区理事 花城久子

E-mail : kamonohashi-ga@rx.tnc.ne.jp

FAX : 0545-36-2570 (湖山リハビリテーション病院リハビリテーション科)

皆さんからの積極的な申込をお待ちしています！

静岡県理学療法士会東部地区理事 花城久子 宛

E-mail : kamonohashi-ga@rx.tnc.ne.jp

FAX : 0545-36-2570 (湖山リハビリテーション病院リハビリテーション科)

富士宮市障害支援区分認定審査会委員申込

1 申込日	平成26年 月 日
2 名前	_____
3 所属施設	_____
4 住所	_____
5 電話番号	_____ (_____)
6 富士宮市に在住	はい ・ いいえ
7 富士宮市に在勤	はい ・ いいえ
8 経験年数	_____ 年 (免許取得 昭和・平成 _____ 年)
9 障害者施設勤務・事業経験	あり ・ なし
10 希望曜日	火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日
11 希望時間	午後2時 ・ 午後7時