

浜松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 2人
- 2 任 期 平成 27 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日
- 3 回 数 1 回／月（予定） 1 回 1 時間半程度
- 4 開 催 日 木曜日 19 時半から
- 5 報 酬 浜松市より規定額を支給
- 6 資 格 浜松市に在勤・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
(初めての方は、浜松市主催の説明会に参加していただきます)
- 7 〆 切 平成 26 年 12 月 5 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「浜松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西部地区理事 森上亜城洋

E-mail : morikami@shizuoka-pt.com

FAX : 0538-85-2510（公立森町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西部地区理事 森上亜城洋 宛

E-mail : morikami@shizuoka-pt.com

FAX : 0538-85-2510 (公立森町病院リハビリテーション科)

浜松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 浜松市に在住 はい ・ いいえ

7 浜松市に在勤 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