令和　　年　　月　　日

青森県立あすなろ療育福祉センター

所　長　　　様

　所属名

所属長名

リハビリテーションの見学について（依頼）

さんのリハビリテーション（理学療法or作業療法or言語聴覚療法）の見学をお願いいたします。

記

日　時 令和　　年　　月　　　日（　　曜日）　　　：　　～　　：　　まで

目　的

対象児

訪問者

担当者

所属名

　　氏名

　連絡先　Tel

　Fax

E-mail