年　月　日

　　　　　　　御中

愛知県○○会

短期集中予防型訪問サービス派遣決定通知書

〇年〇月〇日付派遣依頼について、下記のとおり派遣するサービス提供者を決定しましたので通知します。

記

１　利用者名

　　○○　○○

２　サービス提供者名

（１）職種　□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士　□柔道整復師

（２）氏名　〇〇○○

（３）所属　〇〇病院

（４）連絡先　電話番号：

　　　　　　　 メール：