

平成 27 年 12 月 15 日

会員各位

一般社団法人山梨県理学療法士会  
会 長 小林 伸一  
(公印略)

### PT・OT・STバンクの協力について

拝啓 師走の候、会員の皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。平素は、当士会の運営に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

当士会では、県の事業である「山梨県 PT・OT・ST バンク事業」を受託しております。県では、別添「山梨県 PT・OT・ST バンク実施要綱」に基づき、市町村における介護予防事業の推進や地域ケア会議等の実施に向け専門職の活用を進めています。

つきましては、当士会会員の中で、山梨県 PT・OT・ST バンクのご協力いただける方は、山梨県 PT・OT・ST バンクの名簿を作成いたしますので、別添申請書の提出をお願い致します。

尚、詳細につきましては下記に記載のとおりとなります。

敬具

### 記

1. バンクに登録できる対象者：現在医療機関等に常勤で所属していない当士会会員
2. 提出先：一般社団法人山梨県理学療法士会 事務管理局
3. 提出方法：下記問合せ先へ、メールまたは FAX にてお願いします。
4. 提出期限：平成 27 年 1 月 15 日（月）
5. 登録の流れ：①当士会にて協力者登録者名簿を作成  
②当士会より登録者名簿を山梨県に報告  
③山梨県は名簿の一部（職種・協力可能回数など）を市町村に報告  
④山梨県が市町村から依頼を受け、山梨県が当該会員に事業の協力を打診  
⑤協力可能となった場合、市町村と日程調整を行う。  
協力回数・報償費・旅費についても市町村と当該会員とで取り決めを行う。（継続事業や単発事業等確認が必要となります）
6. 名簿の記載内容：住所、氏名、連絡先電話番号、協力可能回数（年または月回数）など
7. その他：協力期間は本年度より開始を予定しております。随時変更（登録取消も含む）を受付ますので、登録内容が変更した場合は当士会事務管理局にご連絡をお願いいたします。

以上

#### 問い合わせ先

一般社団法人山梨県理学療法士会 事務管理局 藤田・総務部 鈴木  
医療法人 八香会 湯村温泉病院 リハビリテーション部 理学療法科内  
TEL. 055-251-6111 FAX. 055-251-3579  
e-mail. yamanashi.pt.jimu@gmail.com

一般社団法人  
山梨県理学療法士会  
会長 小林 伸一 宛

氏 名 ( )

PT・OT・STバンク申請書

このことについて、次のとおり申請します。

記 載 欄	
氏 名	
住 所	〒
連 絡 先	
協力回数	年又は月 回 協力回数等について、希望があれば記載してください。 ( )
その他	既に市町村への事業協力を行っている場合、記載をお願いします。 ( )

※連絡先とは、県や市町村から連絡を受ける連絡先です。協力回数の欄に、「年又は月」を選択し必要な記載をお願いします。