**応援カード提出　集計報告書**

内部討議資料

　各施設理学療法士責任者用　　　　　　　　　　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | E-mail |  |
| 施設名 |  | 電話／携帯 |  |

＊メールアドレス等には小川克巳全国後援会より情報発信させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| メインサポーター数  （Web登録も含めた合計人数） | 名 |
| 応援者数  （Web登録も含めた合計人数） | 名 |
| 備考欄 |  |

* **「メインサポーター」**リハ専門職等 **「応援者」**メインサポーターのご家族･ご友人等
* 各スタッフから聴取していただくかたちで構いません。
* **お手数ですが、「応援カード」を職場単位でとりまとめていただき、**

**この集計報告書と共に「小川克巳全国後援会」へご提出ください。**

* **また集計報告書は「小川克巳全国後援会都道府県組織」へも同様にご提出ください。**
* 「応援カード」提出方法：

①返信用封筒にて郵送、②FAX、③PDF変換でメール、④Web登録

いずれかの方法でご提出ください。

【小川克巳全国後援会】　FAX: 03-6551-0405　E-mail:office.kogawa@gmail.com

* **提出〆切：４月２０日**