

Kuntouttavan työtoiminnan ohjaaja

Asiakkaan sukunimi	Etunimi	Puhelin
Työpaikka		
Vastuhenkilö		Puhelin

Kuukausi		Vuosi 20	VAIN YHDEN (1) KUUKAUDEN MERKINNÄT SAMAA LISTAAN				
VKO	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
	/	/	/	/	/	/	/
	-	-	-	-	-	-	-
	/	/	/	/	/	/	/
	-	-	-	-	-	-	-
	/	/	/	/	/	/	/
	-	-	-	-	-	-	-
	/	/	/	/	/	/	/
	-	-	-	-	-	-	-

**Täyttöohje**

12	3 / 3 9 - 15	4 / 3 9 - 15	5 / 3 10 - 16	6 / 3 9 - 15	7 / 3 10 - 16	8 / 3 -	9 / 3 -
					<b>TYP merkinnät</b>	<b>Hyväksyn</b>	<b>Päivien lkm.</b>

Asiakkaan allekirjoitus	Nimenselvennys
Työpaikan vastuhenkilön allekirjoitus	Nimenselvennys
Paikka	Aika / 20

**RAUMAN KAUPUNKI**

 Sosiaali- ja terveysvirasto  
 PL 59  
 26101 RAUMA  
 www.rauma.fi

 Rauman seudun TYP  
 Valtakatu 6  
 26100 RAUMA  
 puh. 02 834 11  
 etunimi.sukunimi@rauma.fi