

|   |                |                      |                  |                           |
|---|----------------|----------------------|------------------|---------------------------|
| <b>Plan arbetslivsinriktad rehabilitering – flerpartsmöte</b> |                |                      | <b>Datum:</b>    |                           |
| <b>Namn:</b>  |                | <b>Personnummer:</b> |                  |                           |
| <b>Medverkande namn och kontaktuppgifter:</b>                 |                |                      |                  |                           |
| <b>Huvudmål:</b>  |                |                      |                  |                           |
| <b>Delmål:</b>  | <b>Åtgärd:</b> | <b>Ansvarig:</b>     | <b>Tidsplan:</b> | <b>Datum uppföljning:</b> |
|   |                |                      |                  |                           |
|   |                |                      |                  |                           |
|   |                |                      |                  |                           |
|   |                |                      |                  |                           |
|   |                |                      |                  |                           |
| <b>Fortsatt planering:</b>                                    |                |                      |                  | <b>Datum uppföljning:</b> |
|   |                |                      |                  |                           |