# Samverkan arbetslivsinriktad rehabilitering - PLAN flerpartsmöte

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN arbetslivsinriktad rehabilitering – flerpartsmöte**  |  | **Datum:**   |  | **Planering nummer:**  |
| **Namn:**   | **Personnummer:**   |
|  |  |  |  |
| **Medverkande** **namn och kontaktuppgifter:**  |   |
|  |  |  |  |
| **Huvudmål:**  |   |
| **Aktuell situation:** |  |
|  |  |  |  |
| **Delmål:**  | **Åtgärd:**  | **Ansvarig:**  |  | **Tidsplan:**  |  | **Resultat:**  |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|  |
| **Övrig information:** Här kan man skriva övrig information som har tillkommit under mötet, används vid behov.  | **Uppföljning**Datum och tid:Plats:  |

 **Samverkan arbetslivsinriktad rehabilitering - plan flerpartsmöte**

**DocPlus-ID:** DocPlusSTYR-28302

**Version:** 4

**Handlingstyp:** Riktlinje