# 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