

(どちらかを○で囲んでください)

送信枚数

枚

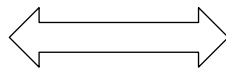
### 問い合わせシート・カンファレンス(サービス担当者会議)開催依頼シート

**【送信者】**

事業者:  
担当者:  
FAX :

問い合わせ日

令和 年 月 日



**【返信者】**

事業者:  
担当者:  
FAX :

**【問い合わせ先・担当者】**

\_\_\_\_\_

下記のお問い合わせに対し、ご回答の程よろしくお願いたします。(返信希望日: 月 日迄)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳

住所 \_\_\_\_\_

私は以下の問い合わせについて回答することに同意します。  
(カンファレンス・サービス担当者会議に、本人・家族・親族が参加できない場合は必ず記入ください。)

**【情報提供の同意】**

同意年月日 令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

本人が署名できない場合 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄( )

その他

特記事項 \_\_\_\_\_

**【照会内容】**

- 面接希望 (誰と: )  介護サービス利用について
- 主治医意見書に関する事  その他
- カンファレンス・サービス担当者会議開催依頼(希望日を本人・家族・親族と調整の上、目的・出席予定者を記入)

**【回答欄】**

令和 年 月 日

担当者名 \_\_\_\_\_