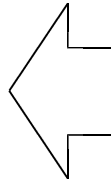


事業者名	
担当者名	様
TEL	()
FAX	()



居宅介護支援事業者名	
担当者名	
TEL	()
FAX	()

サービス担当者会議の開催について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、下記利用者の介護サービス計画(ケアプラン)を作成・変更するにあたり、介護サービス提供事業者や主治医等の関係者の皆様から専門的意見を求めるため、「サービス担当者会議」を開催、又は開催が困難な場合には意見の照会を行いたいと思っております。

つきましては、下記の予定により、サービス担当者会議を開催いたしたいと思っておりますので、ご参加の可否につきまして、ご連絡いただきますようお願いいたします。

1. 利用者

利用者氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日生(才)
-------	-------	------	-----------------

2. サービス担当者会議

開催日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 開催時期の調整(参加可能な日時を回答依頼)
会場	
議題	

下記の連絡欄に出席の可否をご記入の上、FAXにてご返送ください。

ご返送は、平成 年 月 日までをお願いいたします。

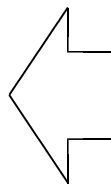
参加できない事業者様には、後ほど情報提供を求める場合があります。

キリトリ線

平成 年 月 日

サービス担当者会議の参加回答について

居宅介護支援事業者名	
担当者名	
TEL	()
FAX	()



事業者名	
担当者名	
TEL	()
FAX	()

1. サービス担当者会議への出席

出欠	参加します 参加できません
----	------------------

利用者の イニシャル等	
----------------	--

2. 本ケースに関して、ご意見又は御希望等ありましたら、ご記入ください。

--