　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 担当者名 | 様 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護  支援事業者 |  |
| 担当者名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

**サービス担当者会議の開催について**

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、下記の予定にて「サービス担当者会議」を開催いたしたいと思いますので、参加の可否を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 | 様(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 | □ 　　 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、　　　　年　　月　　日までにお願いいたします。

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

　　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 |  |
| 担当者名 | 様 |
| 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。

|  |
| --- |
|  |