

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っておりますので、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	<input type="checkbox"/> 年 月 日( ) 午前・午後 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 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、F a xにてご返送ください。  
 ご返送は、 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 .....

## 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 <input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 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。