令和　　年　　月　　日

大空町福祉課長　様

|  |
| --- |
| （事業所） |
|  | 名　 称 |  |
|  | 代 表 者 |  |

サービス担当者に対する照会（依頼）について

　表題について、下記のとおり書類を提出いたしますので、ご回答の程よろしくお願い申し上げます。

記

１．件　　数　　　　　件

　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　様）

（　　　　　　　　　　　様）

２．内　　容　　　[ ] 居宅サービス計画書（２）原案

[ ] アセスメントシート

　　　　　　　　　[ ] モニタリング総括表

　　　　　　　　　[ ] サービス担当者に対する照会（依頼）内容

|  |  |
| --- | --- |
| （連絡先） |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| Tel |  | Fax |  |