

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ひ申し上げます。

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