

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者 _____ 殿

介護予防支援計画作成者(照会者)氏名 _____

サービス担当者会議を開催しない理由
ないし会議に出席できない理由

照会(依頼)先	照会(依頼)年 月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。