

滋賀県介護支援専門員連絡協議会 行

(FAX 077-567-3910)

(MAIL info@shiga-caremana.jp)

「ケアマネ相談窓口」相談票

相談日時	平成 年 月 日	
相談者	氏名	
	会員番号	
	連絡先	
	電話番号	
所属事業所	名称	
	種別	①居宅介護支援事業所 ②介護老人福祉施設 ③介護老人保健施設 ④介護療養型医療施設 ⑤地域包括支援センター ⑥小規模多機能型居宅介護 ⑦認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧特定施設入居者生活介護事業所 ⑨その他 ()
	住所	
	電話番号	
	相談内容	
希望回答方法 〇をつけてください	・FAX (- -) ・MAIL () ・郵送先 ()	

※相談内容につきましては、相談員からお電話で確認させていただく場合がございます