

相談票

ケアマネ相談窓口（事務局へ）  
**FAX : 054-252-9884**  
 メール又は郵送で！

令和 年 月 日

相談される方

氏名		県協会 会員番号		電話番号	
市町名		年齢	歳代	性別	男・女
希望する連絡方法	電話 ・ Fax ・ Mail ・ 郵送				
希望する連絡先					
ケアマネ 従事年数	ア 1年未満 ・ イ 1年～2年 ・ ウ 2年以上				
業務の所属	ア 施設ケアマネ ・ イ 居宅ケアマネ ・ ウ その他				

**相談内容** は下の欄へ簡潔・具体的に、紙面不足の場合は別紙に記載して下さい

対象者	区分	介護度	認知症度	障害自立度	性別	年齢	市町名
	独居・高齢者 一般・施設				男・女	歳	