

【 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等 実施確認票 】

利用者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

面談日（電話による相談も可） \_\_\_\_\_ 年 月 日

アセスメント	

※事業所様式の添付でも可

課題分析の 結果	

援助方針と サービス内容	

介護支援専門員による事業所の紹介・調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 利用者または申請者 署名