多職種連携『報・連・相シート』

★　発信者	☆　受信者
記入日：	記入日：
FAX番号：	FAX番号：
メールアドレス：	メールアドレス：

対象者氏名 （フリガナ） 情報提供の本人同意　□有・□無	性　別 □　男 □　女 （　　歳）	≪　居住エリア　≫ 町名など（　　） ≪介護等の認定状況≫ □総合事業対象者　□未申請　□申請中（　新規　更新　区変　） □要支援　１　・　２ □要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　□その他（　　）

（本シートの件名）

□　返信不要です。　　□　　月　　日迄に返信下さい。

≪★発信者⇒☆受信者への具体的な…□報告・□連絡・□相談の内容≫

□　添付書類なし。　　□　添付書類（　　枚）あり。

≪☆受信者⇒★発信者への具体的な…□報告・□連絡・□返答の内容≫

□　添付書類なし。　　□　添付書類（　　枚）あり。

＊返信の際は、このシートにご記入下さい。

東大阪市 地域包括支援センターイースタンビラ　多職種連携研修会（H30.1）