年　　月　　日

山　梨　市　長　殿

所在地
名　称
代表者

地域密着型サービス提供に伴う協議依頼書

このことについて、貴市在住の下記の者から当事業所の利用の申し込みがありました。
つきましては、当事業所が所在する　　との協議をお願いします。

記

事業所	事業種別		
	所在地	〒	
	名称		
	管理者氏名		担当者名
	連絡先	電話番号	Fax 番号
利用希望者	現住所		
	ふりがな 氏名	性別　男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	
	要介護度		
	被保険者番号		
	心身の状況		
	当施設を選定した理由		
担当ケアマネージャー		事業所名： 役職氏名：　　電　話：	