

FAX

返信先

サービスについての連絡票

年 月 日
1 / 1 枚

送信先：

☐☐☐☐☐

様

様

様

様

様

発信元：

ケアマネジャー：

〒

電話：

FAX：

件名：

様のサービスについて

いつもお世話になっております。

月 日 時 から

- 訪問介護
- 訪問入浴
- 訪問看護
- 通所介護
- 短期入所
- 福祉用具
- その他

()

(変更・キャンセル・中止・追加)

よろしくお願い致します。

回答をご記入のうえ、FAXにて返信ください。

返信先