

小田原市介護相談員派遣希望届書

年 月 日

（あて先）小田原市長

法 人 名

住 所

代 表 者 名

施 設 名 称

施設所在地

電 話

次のとおり介護相談員の派遣を希望します。

相談等に係る介護サービス	施設居住系サービス	介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院 認知症対応型共同生活介護		
	在宅系サービス	通所介護 ・ 通所リハビリテーション ・ 地域密着型通所介護 短期入所生活介護・短期入所療養介護		
派遣を希望する曜日及び時間				
派遣希望頻度	か月に 回程度	派遣を希望する介護相談員の人数	人	
派遣開始希望時期	年 月 日 から			
介護相談員の受け入れに係る事務担当者	氏 名		連絡先	電 話 番 号 () F A X 番 号 ()
介護相談員の性別の希望	無 有 ()			
介護相談員用の駐車場	無 1 台のみ 2 台以上可			
訪問に当たって介護相談員に注意してもらいたい事項				
備 考				