

ケアマネジャー空き状況の情報提供書

◎事業所名

◎記入者

◎連絡先

◎ R 3 年 8 月末時点での情報

◎下記表に情報をご記入下さい。

営業日時	休日	ケアマネ 人数	空き状況	
			予防	介護
(例) 月～金 9時～17時	土・日・祝	2人	△	○

※空きあり「○」、空きわずか「△」、空きなし「×」、未対応「－」のいずれかで記入してください。

◎事業所コメントを下記の記載欄にご記入ください。(57字以内厳守、句読点含む)

※変更がない場合は報告不要です。

◎報告先：介護保険課 施設指導係（担当：森）

 メール：kaigo@city.kakamigahara.gifu.jp、FAX：058-383-6365