

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 9 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