# サービス担当者会議のお知らせ

・　ケアマネジャー
送信日　　年　　月　　日
事業所名
担当CM
TEL
FAX

・　医　師
送信日　　年　　月　　日
病院名
医　師
TEL
FAX

＿＿＿＿＿＿様（M･T･S　　年　　月　　日）の件
（要支援＿＿･要介護＿＿･申請中　認定の有効期間　令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

## 〔ケアマネジャーより〕

※　サービス担当者会議の開催を予定しています。先生のご意見をしたいと思いますので下記にご記入いただければ幸いです。

| （ケアマネジャーから見た問題点） |
|---|
| |
| |
| |

※ なお、ご出席頂けるようでしたら、なるべく先生の都合に合わせて開催したいと思いますので、ご都合のよい日時を2～3お知らせください。

## 〔医師より〕

| |
|---|
| □　担当者会議に出席します。都合のよい日時は下記の通りです。 |
| ①　月　日　時～　　②　月　日　時～　　③　月　日　時～ |
| 場所　　診療所　・　指定場所（　　） |
| □　担当者会議には出席できません。下記内容に留意しサービスを提供してください。 |
| |
| |
| |
| |