**連絡票　　　　　　　　　　　　　　（発信日平成　　年　　月　　日）**

**医療・介護連絡シ－ト（介護支援専門員　　医師）**

|  |
| --- |
| **病院　　　　先生へ** |

**（送信先FAX　　　　　　　　　　）**

**いつもお世話になっております。**

**お忙しい中、大変恐れ入りますが、下記の方についてご指導（助言）いただきたく連絡いたしました。**

**（サービス利用に関しての注意事項等ございましたら、別紙に記載のうえ、返信いただきますようお願いいたします。）**

**☆　　　　　　　　様（　　年　月　日生）**

|  |
| --- |
| 《相談内容》 |

〈介護支援専門員氏名〉

〈事業所名〉　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL ： 　　－　　　　　　FAX ： 　　－

送信枚数　　枚（連絡票含む）