

FAX : 0744-34-2800

介護実習・普及センター 行

受付日 令和 月 日

相 談 票

ふりがな		性別	男 ・ 女
申込者			
生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日 (歳)		
自宅住所	〒		
電話番号		FAX番号	
相談内容について			
・どなたの相談ですか。【 ・本人 ・家族 (続柄:) ・その他 () 】			
病名	(年 月頃)		
障害の有無	有 ・ 無 (有の方は、具体的に)		
介護認定	有 ・ 無 (有の方は、要支援1. 2. 要介護1. 2. 3. 4. 5)		
希望する相談方法	来館 ・ 電話 ・ 文書		
内容 (現状や今困っていることなど)			

※ご記入いただいた内容は、相談の目的以外には一切使用しません。