

# サービス担当者に対する照会(依頼)内容

年 月 日

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

介護予防支援計画書作成者(照会者)氏名 \_\_\_\_\_

サービス担当者会議を開催しない理由  
ないし会議に出席できない理由

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

--	--	--	--	--	--