

**介護事業所地域連携事業 相談及び依頼カード**

相 談 者	団 体 名			
	代 表 者 名			
	連 絡 先	電 話	-	-
		F A X	-	-
携 帯		-	-	
事 業 内 容	事業名称			
	日 程		年 月 日 ( )	
	時 間		AM・PM : ~ :	
	場 所			
	希望講座内容			
	参加予定人数		名	

**社協記入欄**

対 応	依頼介護事業所名		
	事業所担当者名		
	職員派遣予定人数		
	そ の 他		

なお、介護事業所の調整及び派遣依頼については社協で行います。

上記内容のとおり双方よろしくお願い申し上げます。

いずれかが都合が悪くなった場合必ずご連絡下さいますようお願い申し上げます。

**連絡先 久御山町社会福祉協議会**

☎ 075-631-0022

Fax075-632-3001