令和　　年　　月　　日

ケアマネジメント支援合同会議等資料確認報告書

盛岡市保健福祉部介護保険課　行

（FAX：６５１－１１８１　担当：給付係　）

居宅介護支援事業所番号

居宅介護支援事業所名

※ 令和３年６月24日（木）までに御報告をお願いします。

資料確認者氏名及び 介護支援専門員経験年数	氏　　名
	年
	年
	年

【質問事項】（資料に関する質問事項があれば記入してください。）

【連絡事項】

（事業所の電話・ＦＡＸ番号，メールアドレスの新規登録及び変更，その他連絡事項等がございましたら御記入ください。）