

令和3年度第2回ケアマネジメント支援合同会議
資料確認報告書

盛岡市保健福祉部介護保険課 行

(E-mail:kaigo@city.morioka.iwate.jp

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11月24日(水)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
【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。)	

※今回は事前に募集した質問への回答がテーマとなっておりますことから、資料確認報告書での質問募集は行いません。