

## 相談申し込み用紙

申し込み日時	平成 年 月 日 ( )			時 分～ 時 分
相談方法	電話・来所・訪問・その他( )			
相談者	所属		氏名	
	連絡先	TEL		FAX
対象者	性別		年齢	
	住所		その他	
相談の内容				

相談日時	平成 年 月 日 ( )			時 分～ 時 分
相談方法	電話・来所・訪問・その他( )	相談担当者		
相談内容・結果等				
相談の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 介護保険その他の保険サービス等に関する事</li> <li>② 医療機関等に関する事</li> <li>③ 疾患に関する事</li> <li>④ その他</li> </ul>			

上記太枠にご記入のうえ、宇治久世医療介護連携センターにFAXをお願いします。

宇治久世医療介護連携センター FAX 0774-24-8761  
TEL 0774-24-1711