**（　　　）市在宅医療・介護連携支援センター相談用紙**

**令和　年　月　日（　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談者 | | 相談内容 |
| 所　属 |  |  |
| 氏　名 |  |
| 職　種 |  |
| 連絡先  ＴＥＬ  ＦＡＸ  メール  アドレス等 |  |
| 対象者の情報 | |
| 年齢 |  |
| 性別 |  |
| 住所 | **市** |

①個人情報保護の観点より、個人名および個人が特定される情報の記載は避けること。

②０７９４－６２－４９２１にＦＡＸ　又は　[ishikai@onokato-med.or.jp](mailto:ishikai@onokato-med.or.jp)へ添付

送信して下さい。

③送信後３日経っても返事がなき場合は、センターに届いていない可能性も考えられますので、電話で着信の問い合わせを行って下さい（０７９４－６２－５２８０）。

**ＦＡＸの誤送信を受信された場合は、お手数ですが破棄をお願いします。**