

相談受付票

相談受付窓口 FAX: 078-221-4122

E-mail: info@hyogo-caremanet.com

1. 相談の種類	該当する箇所を○で囲んでください ①法律 ②制度 ③医療 ④ケース ⑤個人的 ⑥その他 ()
2. 相談件名	
3. 相談内容	相談の内容・状況・理由を整理して判りやすくご記入ください

フリガナ	性別	ケアマネジャー歴	
氏名	男・女	専任・兼任	年 月
希望連絡先	希望の方を記入 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 FAX E-mail	兵庫県介護 支援専門員協会 会員番号	

【留意事項】

1. 相談受付時間：9：00～17：00（17：00以降に届いた場合は、翌日受付となります）
 2. 原則として受付日から3日以内に回答します。（時間を要する場合は、その旨を連絡します）
- 以下は、兵庫県介護支援専門員協会が記入します。

受付日 平成 年 月 日	受付番号	事務局長	担当職員
-----------------	------	------	------