函館市地域包括支援センター○○○○

介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

　　別　紙

１．利用者名

２．介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 運営法人の名称 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業者指定番号 |  |
| 管理者 |  |
| 連絡先 | 電話：  FAX： |

３．開始日

令和　　年　　月　　日

４．通知日（記載日）

令和　　年　　月　　日