**ケアプラン点検アドバイザー派遣事業実施報告書**

**※１日の実施につき一枚作成してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| １　保険者名 |  |
| ２　保 険 者連 絡 先 | 所在地 |  |
| 担当課係 |  |
| 担当者の職･氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |
| ３　アドバイザー主任介護支援専門員連絡先等 | 氏名 |  |
| 所属事業所等 | （職名　　　　　　） |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| 電子ﾒｰﾙ |  |
| ４　事業実施内容 | ○実施日　　　　　　　：　令和　　年　　月　　日○実施時間（30分単位）：　　　　　　　　　～○実施場所（住所）　　：○支援対象事業所　　　：○点検件数　　　　　　：　　　件○点検内容　　　　　　：○質疑応答　　　　　　： |
| ５　備 考 |  |

※事業実施内容の参考となる資料（写真等）を添付してください。

※事業実施内容の「実施場所」には実施場所の名称と合わせ正確な住所も記載してください。