**令和４年度　ケアプラン点検事業　ペア希望票**

**兼ケアプラン点検会議日程希望票**

以下の内容の記入及び確認（チェック）をしていただき、令和４年10月11日(火)までにメールで御提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 名 称 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　　　　名 |  |

１　ケアプラン点検のペアの希望について

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 八王子市に一任します。 |
| □ | 以下のとおり希望します。  （希望内容を記入してください） |

※「八王子市に一任します。」にチェックした方は、日程が合う方同士でペアを組ませていただく予定です。

2　ケアプラン点検会議日程希望について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 11月21日(月) | 11月22日（火） | 11月24日（木） | 11月25日（金） | 11月28日（月） | 11月29日（火） | 11月30日（水） |
| 10-12時 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15-17時 |  |  |  |  |  |  |  |

※できる限り多く〇をつけていただくようお願いいたします。

【問い合わせ・提出先】

介護保険課　総務・給付担当

TEL：０４２-６２０-７４１6

Ｍail：[b440500@city.hachiouji.tokyo.jp](mailto:b440500@city.hachiouji.tokyo.jp)