

令和 年 月 日

四国中央市長寿支援課長 様

事業所名 _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント担当者変更報告書

担当者が下記のとおり変更となりますので報告します。

記

被保険者番号	氏名	現担当者	新事業所名 ※1	新担当者	変更日	利用者同意の有無	支援計画書の有効期限	摘要 (交代理由等)
						有・無	迄	
						有・無	迄	
						有・無	迄	
						有・無	迄	
						有・無	迄	
						有・無	迄	
						有・無	迄	

※1：担当事業所が変更となる場合のみ記載して下さい。

※2：欄が不足する場合は、複写して記載して下さい。