

ケアマネタイム 届出

令和 年 月 日

住 所 []

医療機関名 []

医師名 ()

※同一医療機関において複数の医師にご協力いただける場合はそれぞれ本調査票をご提出ください。

- (1) ケアマネージャーから連絡対応可能な曜日に○をつけてください。時間帯もご記入下さい。

曜日	午 前		午 後	
月		～		～
火		～		～
水		～		～
木		～		～
金		～		～
土		～		～
日		～		～

- (2) その他、注意事項等をご記入ください。

[]

※電話番号及びFAX番号につきましては山口県医師会会員名簿に掲載の番号をケアマネタイム一覧表に掲載させていただきますので、ご了承のほどよろしくお願ひ申し上げます。(公開する項目：郡市名、〒、住所、医療機関名、氏名、電話番号、FAX番号、ケアマネタイム、その他注意事項等)