**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント**

利用者氏名

　　　　　　　　　　様

**契約重要事項説明書**

＿＿＿＿＿総合支援センターでは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託しています。

**1　担当**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |

**2　居宅介護支援事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ：ＦＡＸ： |
| 管理者 |  |
| 営業時間 |  |

利用者氏名

　　　　　　　　　　様

**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント**

**契約重要事項説明書**

　　＿＿＿＿＿総合支援センターでは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託しています。

**1　担当**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |

**2　居宅介護支援事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ：ＦＡＸ： |
| 管理者 |  |
| 営業時間 |  |