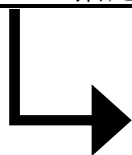


意向確認書

今後、指定介護予防支援業務・第1号介護予防支援事業を行うにあたり、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託する場合がございます。その際の意向について、あてはまるものにチェック☑をしてください。ただし、受託件数に限りがある等の理由により、意向に添えない場合がございますので、ご了承ください。

☐ 指定居宅介護支援事業所へ依頼したい



☐ 現在利用している指定居宅介護支援事業所へ依頼したい

☐ どこでもよい

☐ 指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）へ依頼したい

☐ どちらでもかまわない

年 月 日

利用者住所

利用者氏名

印

利用者連絡先
(電話番号)

署名代行者住所

署名代行者氏名

(続柄

印
)