介護・医療連携推進会議　記　録

参考様式２

１１１

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名  住所 | 名称：  住所： |
| 事業所名  住所  サービス種類 | 名称：  住所：  サービス種類：定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 開　催　日　時 | 平成　　年　　月　　日　第　　回　　　：　　　～　　　： |
| 開　催　場　所 |  |
| 出席者内訳 | 事業者　　　　　　氏名：  利用者・家族　　（　　名）  地域代表　　　　　氏名：  地域の医療関係者　氏名：  市・包括職員　　　氏名：  見識者・その他　　氏名： |
| 議題・課題 |  |
| 報告事項 |  |
| 評価（感想等） |  |
| 要望、意見及び  助言等 |  |
| その他必要な事項 |  |