

配食サービス事業 事業者連絡票

No.
(市記入欄)

利用者の状況を教えてください。

利用者	フリガナ	生年月日		T・S	年	月	日
	氏名	性別		男	・	女	
	住所						
	電話番号	自宅		携帯			
緊急 連絡先 ①	氏名	利用者との関係					
	住所	〒					
	電話番号	自宅		携帯			
緊急 連絡先 ②	氏名	利用者との関係					
	住所	〒					
	電話番号	自宅		携帯			
担当ケアマネジャー	事業所名	電話番号					
	氏名						
配食事業者からの連絡先 (○を付けてください)				利用者本人へ		緊急連絡先①へ	
希望する支払い方法 (○を付けてください)				口座振替		請求書による 現金払い	
希望するごはんの形態 (○を付けてください)				ごはん+おかず		おかずのみ	
<p>その他事業者へ伝えたいことがありましたら御記入ください</p> <p>例1：お弁当はベッドの横まで運んでください。 例2：○○アレルギーがあります。</p> <p>例3：耳が遠いので、電話での会話ができません。 例4：月・木はデイサービス、帰宅時間は○時</p>							