

連絡票（案）

事 務 連 絡
令和 年 月 日

（職種〇〇） 〇〇 〇〇 様

船橋市権利擁護支援等推進協議会事務局

船橋市権利擁護支援専門職相談事業の実施について（依頼）

（ご依頼の文章）

記

会議の日時	令和 年 月 日（ ） ： ～
会議の場所	
相談者	☐ 中核機関 ☐ 地域包括支援センター ☐ 福祉関係者 ☐ 後見人（専門職・親族） ☐ 市職員（ 課） ☐ その他（ ）
相談の概要 （助言いただきたい こと）	
添付資料	（事例報告書 経過記録 本人情報シートなど）
事務局	船橋市権利擁護支援等推進協議会事務局 船橋市役所地域包括ケア推進課 担 当： T E L：0 4 7－4 3 6－2 5 5 8 E mail：hokatsu-care@city.funabashi.lg.jp