

ケア活動訪問先登録抹消届

ケア先リーダー	エリアリーダー	支部リーダー	事務局	理事長

* 福岡支部はエリアリーダーを通して支部リーダーに提出してください。

■施設名： _____

(種別 / デイサービス・デイケア・緩和ケア病棟・ホスピス・その他)

■住 所： _____

_____ 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

施設側担当者 _____

■担当支部（エリア）リーダー：

_____ TEL _____

■ケア先リーダー：

_____ TEL _____

■謝礼の有無：

■最終訪問日： 年 月 日

■訪問中止の理由：