**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：**