様式第１号（第６条関係）

地域連携ネットワーク専門職派遣申込書

年　　　月　　　日

社会福祉法人 燕市社会福祉協議会長 様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者職名・氏名 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

次のとおり派遣を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１希望 | 日時 | 　　年　　月　　日（　　）時間　　　：　　　～　　　：　　　 | 会場 |  |
| 第２希望 | 　　年　　月　　日（　　）時間　　　：　　　～　　　：　　　 |  |

【事案の内容】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | (　　　歳) | 住所 | 燕市 |
| 世帯状況 | □単身世帯□同居者続柄： |
| 親族状況と関係性 |  |
| 判断能力の状況 | □認知症　　□知的障がい　　□精神障がい　　□その他（　　　　　　　　　　　　）具体的状況： |
| 相談したい内容 |  |
| 希望する専門職 | □弁護士　　　□司法書士　　　□社会福祉士 |
| 参加予定者 | 人 | □本人他参加者： |
| 備考 |  |