介護技術相談依頼票

送信先　おとしより保健福祉センター介護普及係　行　ＦＡＸ　５３９２－２０６０

住所	ＴＥＬ
氏名	ＦＡＸ

相談したいものに○をつけて下さい。

- 着脱がスムーズにいかない
- 排泄・清潔の援助がスムーズにできない
- 食事等の介護方法がわからない
- 移乗・移動の動作がわからない
- その他

上記で○をつけたことに関して、具体的に書いて下さい。

（例）入浴できないので、体をきれいにする方法を知りたい。

相談希望日

第１希望　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）

第２希望　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）

第３希望　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）

問合せ先　　おとしより保健福祉センター　　介護普及係

ＴＥＬ　　５９７０－１１２０

平成 19 年 4 月改定版

※　相談票はＦＡＸ、郵送、又は窓口での手渡しでご提出下さい。