同　　意　　書

　　年　　月　　日

（あて先）江別市長

|  |
| --- |
| 施設住所 |
|  |
| 施設名称 |
|  |
| 施設代表者職・氏名 |
| 　　印 |

私は下記の介護支援専門員が江別市と契約し、江別市から依頼を受けて要介護・要支援認定等に係る認定調査を実施することに同意します。

なお、本同意の有効期間は次のとおりです。

　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで

記

１　介護支援専門員氏名

　　　　ふりがな

　　　　氏　名