（独自様式８）

24時間連絡体制表

記入日：令和　　年　　月　　日

１　事業所の情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  | | | |

２　連絡先一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援専門員氏名 | 電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　24時間連絡が取れる電話番号を記載すること。

※　介護支援専門員の氏名や電話番号が変更となった場合には変更内容を速やかに提出すること。