

相談申込みシート

私は「口から食べる県、秋田！」協議体に対して、医療・福祉・介護についての相談を下記注意事項に同意し、申し込み致します。

【注意事項】

- ・承ったご相談は公正な立場からアドバイスをさせていただきますが、必ずしも最善のご回答をお約束するものではありません。当該アドバイスを参考に、医療機関や介護施設、行政機関等にご相談下さい。
- ・ご相談内容によっては、回答までにお時間を頂くこともありますので、ご了承下さい。
- ・協議体は個人情報に関する教育を徹底し、個人情報を適法、かつ、適正に取り扱います。また、ご相談者様のプライバシーに関しましては、関係者間では情報の共有をさせていただきますが事前に本人の同意を得ることなく関係者以外には提供致しません。
- ・摂食嚥下に関するアドバイスにつきましては常に誤嚥性肺炎や窒息等のリスクが一定の割合でありますのでご理解の上、お申し込み下さい。

平成 年 月 日

お名前 _____

連絡先の住所 〒 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail アドレス _____

当申込用紙は、郵送、FAX、もしくは、E-mail に添付の上お送り下さい。

【事務局】〒018-1301

秋田県由利本荘市岩城内道川字築防潟51-4

短期入所生活介護事業所 みんなのまち岩城

TEL : 0184-74-3166 FAX : 0184-74-3167

E-mail : kondo@ssh-minna.com

FAX 番号: 0 1 8 4 - 7 4 - 3 1 6 7