所属する組織の同意書

令和　　年　　月　　日

（宛先）揖斐広域連合長

法人住所

法人名称

（ご連絡先　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

代表者名

下記の介護支援専門員が揖斐広域連合と契約し、揖斐広域連合から依頼を受けて要介護

認定等に係る認定調査を実施することに同意します。

記

介護支援専門員氏名