

# 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 \_\_\_\_\_