**≪ＦＡＸ送信≫　審査会日程　照会／回答**多治見市 高齢福祉課 FAX（２５）６４３４

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

FAX：　　　　　　　　　　　 TEL：　　　　　　　　　照会日：　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者番号[例]0000123456⇒123456 | ②氏名のイニシャル[例] 多治見 花子⇒Ｔ・Ｈ | ③日程 | 備考 |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |
|  | [　　　　]・[　　　　] | 　　　　　　　月　　　　　日予定　・　開催済　・　未定 |  |

* ①②を記入して正午までに（午後不可）FAXで照会ください。当日午後5時までに回答します。
* 被保険者番号が不明な場合は、①に生年月日を記入してください。
* 審査会の日程は、**水曜日**に、翌週分（水曜日または木曜日）を決定します。
* 審査会の日程が「未定」で至急進捗状況を確認したい場合は、問い合わせください。☎（23）5826