

《 F A X 送信 》 審査会日程 照会／回答 多治見市 高齢福祉課 FAX (2 5) 6 4 3 4

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