参考様式２

年　　　月　　　日

介護・医療連携推進会議設置報告書

　下記事業所について、次のとおり介護・医療連携推進会議を設置します。

１．基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |
| 運営法人 |  | | |

２.構成員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 分野 | 備考（所属・従事経験など） |
|  | 利用者又は利用者の家族 |  |
|  | 地域住民の代表者 |  |
|  | 当該サービスに知見を有する者 |  |
|  | 地域の医療関係者 |  |
| 担当職員 | 市の職員 | 介護保険課 |
| 担当職員 | 地域包括支援センターの職員 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　構成員は、各分野１名以上（計６名以上）を選定してください。

※　利用者又は利用者家族について、出席者が開催毎に変わる場合は、氏名の欄に随時出席依頼等記載してください。

※　当該サービスに知見を有する者について、他法人の管理者をしていることや介護相談員等のボランティアに携わっている等、所属名や専任した理由を備考欄に具体的に記載してください。