**在宅医療・介護連携推進に関する情報提供書＜送信先　FAX；572-6672　表紙不要＞**

**◆対象：地域包括支援センター**

|  |  |
| --- | --- |
| **記入日** | **年　　　月　　　日** |
| **所属名** |  |
| **氏　名** |  |

**Ⅰ　基本情報**

**1.事業所について**

|  |  |
| --- | --- |
| **センター名****（法人名）** |  |
| **所在地** |  |
| **連絡先** | **℡** |  | **fax** |  |
| e-mail |  |  |
| **ホームページ** |  |
| **営業日、営業時間** |  |
| **緊急時・休日の体制** |  |

**2.従業者について　＜兼務は（兼）と記入してください＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **従業者について** | **保健師** | **社会福祉士** | **看護師** | **主任介護支援専門員** | **地域支え合い推進員** | **認知症地域支援推進員** | **その他** |
| **職員数** |  |  |  |  |  |  |  |

**3.担当地区について**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当地区** |  |

4.**併設.関連事業所について**

**□地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護**

**□訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護□福祉用具貸与　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□特定施設入居者生活介護　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□関連機関の併設はない**

**Ⅱ.医療・介護関係者に知っておいてほしいセンターの特徴、PRなどあれば教えてください。**

|  |
| --- |
| **（地域で取り組んでいることやセンターの強みなど記入してください。貴事業所の案内チラシを添付して頂いても構いません。）** |

**Ⅲ.当センターホームページ（在宅医療・介護連携事業所一覧）において上記以外の情報の掲載について**

□同意する　　　　　　　　　□同意しない

※出来るだけ最新情報の掲載を行っていきたいと思いますので情報に変更がありましたら、福島市在宅医療・介護連携支援センター迄メール又はＦＡＸにてご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。尚、情報提供書はホームページからダウンロードできますのでご利用ください。