|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当 | 主査 | 課長 |
|  |  |  |

**相談支援専門員兼務の承諾について**

墨田区長

　　墨田区福祉事務所長　様

以下の理由により、やむを得ない場合に該当すると考えられるため、兼務について承諾願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計画相談支援を行っている指定特定相談支援事業所名及び相談支援専門員名 | | | |
| フリガナ |  |  | （相談支援専門員名） |
| 事業所名 |  |  |  |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | 受給者証番号 | ＭＴＳＨ　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 兼務をする理由 | | |
|  | | |
|  | | |
| 相談支援専門員が兼務しているサービス提供事業所名 | | |
| フリガナ |  | （サービス名） |
| 事業所名 |  |  |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |

**＊区記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜事業所記入欄＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **承諾　　・ 　不承諾** | |
| **年月日** |  |
| **区担当** |  |
| **承諾期間** |  |
| **備考** | |

**承諾　　・　　不承諾**

**年月日　　　　　年　　月　　日**

**所属名・担当者名（　　　　　　　　　　　　　）**

**承諾期間　　　年　月　日　　～　　　年　月　日**