

送付先 地域ケア推進課包括推進係 川野 宛 (FAX03-3647-3165)

事業所名	
回答者名	
連絡先	電話:
	E-mail:

別紙「巡回接種が必要と見込まれる在宅高齢者数調査票」

在宅高齢者数※1	(うち巡回接種が必要と見込まれる在宅高齢者) ※2

※1 貴事業所にてプランを作成されている要介護1～5の介護保険サービスを利用されている方の人数

※2 在宅高齢者※1のうち、巡回接種が必要と見込まれる方の人数