

(案)

ケアマネジャー連絡先カード

①

私は、  
様の  
担当ケアマネジャーです。



事業所名：  
担当者名：  
電話番号：  
営業時間：  
メールアドレス：

ケアマネット新宿

②

私は、  
様の  
担当ケアマネジャーです。



事業所名：  
担当者名：  
電話番号：  
営業時間：  
メールアドレス：

ケアマネット新宿