**様式1**

**介護相談事前アンケート**

相談員の資料作成準備等にかかるアンケートです。ご協力をよろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **連絡先** | **TEL：**　: |
| **氏　名** |  | **所　属** |  |
| **該当に○** | **相　談　し　た　い　こ　と** |
|  | 介護制度について |
|  | 介護サービスについて |
|  | 介護の対象について　親・配偶者など |
|  | 認知症や病気などの症状（差支えない範囲で） |
|  | 介護の仕方について |
|  | 介護にかかる悩み |
|  | その他 |
| 相談希望日時 | 第1希望　：　○月○日（○）○時○分～ | 相談希望場所 | 地域包括支援センター |
| 第2希望　： | 富山大学 |
| 第3希望　： | (不要な方を削除願います) |

※いただいた情報は、相談員への提供のみとして取り扱います。

　事前予約をお願いいたします。相談希望日時は3つまでご記入ください。日程調整させていただきます。申込日から１週間以上先の日時をご記入ください。なお、相談の受付可能時間は、平日**9：00～17：00**までです。

**相談員**

　・神明・五福地域包括支援センター

管理者（看護師・主任ケアマネージャー）　吉崎　るみ子　氏　外

**送付上の留意**

　・学内便もしくはメールで送付してください。

　　メールで送られる場合には、ファイルにパスワードをかけ、以下のタイトルで送ってください

　　【介護相談：氏名】

　 パスワードのかけ方：URLhttp://121ware.com/qasearch/1007/app/servlet/qadoc?QID=016285

**送付先**

　・富山大学男女共同参画推進室

 E-mail：kaigo@ctg.u-toyama.ac.jp

**問合せ先**

　・富山大学男女共同参画推進室

TEL：076-445-6146 （内線91-6146：コーディネーター　南村）