様式５－２

**サービス担当者会議の要点**

利用者名 　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　委託先担当介護支援専門員氏名

サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者）氏名

開催日 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開催場所　　　　　　　　 開催時間 　　　　　　　　　開催回数 　　　回

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議出席者 | 所属（職種） | 氏 名 | 所属（職種） | 氏 名 | 所属（職種） | 氏 名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 検討した項目 |  | | | | | |
| 検討内容 |  | | | | | |
| 結論 |  | | | | | |
| 残された課題  （次回の開催時期） |  | | | | | |