（添付書類１２－２）

**○○○事業所 介護・医療連携推進会議**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 構成区分 | 職名等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※１　「構成区分」欄には、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域の医療関係者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者等の別を記入してください。

（「地域の医療関係者」とは、地方医師会の医師等、地域の医療機関の医師や医療ソーシャルワーカー等をいう。）

※２　「職名等」には、市町村職員の職名、町内会長、民生委員等を記入してください。