|  |  |
| --- | --- |
| 作成年月日 | 平成　　年　　月　　日 |

様式第８号

阿南市認知症初期集中支援チーム員会議要点

対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

開催日　　　　　年　　　月　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 検討項目 |  | | | | | |
| 検討内容 |  | | | | | |
| 検討結果 |  | | | | | |
| 残された課題  （次回開催時期） |  | | | | | |