

## 友愛訪問事業連絡表

年 月 日

下記のとおり、異動がありましたので報告いたします。

対象者名	住所	年齢 性別	連絡事項	備考
ふりがな ( )	新潟市西区  電話 025	歳 男・女	中止・一時停止・再開 年 月 日から  (理由) 本人希望、同居、転居、死亡、 入院、入所、退院、退所、 その他 ( )	
ふりがな ( )	新潟市西区  電話 025	歳 男・女	中止・一時停止・再開 年 月 日から  (理由) 本人希望、同居、転居、死亡、 入院、入所、退院、退所、 その他 ( )	
ふりがな ( )	新潟市西区  電話 025	歳 男・女	中止・一時停止・再開 年 月 日から  (理由) 本人希望、同居、転居、死亡、 入院、入所、退院、退所、 その他 ( )	

数量変更 (総数)

____ 月まで	→	____ 月から
____ 世帯		____ 世帯

※毎月 20 日までの提出で翌月から変更が反映されます

団体・グループ名

訪問員名