

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	連絡事項	備考 (緊急連絡先の変更等)
ふりがな ()	新潟市西区 電話番号	中止・一時停止 年 月 日から (理由) 本人希望、同居、転居、死亡、 入院、入所、 その他 ()	
ふりがな ()	新潟市西区 電話番号	中止・一時停止 年 月 日から (理由) 本人希望、同居、転居、死亡、 入院、入所、 その他 ()	
ふりがな ()	新潟市西区 電話番号	中止・一時停止 年 月 日から (理由) 本人希望、同居、転居、死亡、 入院、入所 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 _____