年　月　日

　　　　　　　御中

愛知県○○会

短期集中予防型訪問サービス派遣中止連絡票

〇年〇月〇日付派遣依頼について、下記のとおり派遣を中止しますので連絡します。

記

１　利用者名

　　○○　○○

２　派遣中止理由

　　□ 医師から、本サービスの利用中止の指示を受けたため。

　　□ 病院に入院又は施設に入所したため。

　　□ 事前連絡のないキャンセルが2度あったため。

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）