

# 緊急通報装置設置に係る意見書

年 月 日

被保険者	住所	
	氏名	

私は、上記被保険者が緊急通報装置を設置することの必要性を認めます。

## 必要性判断者

資格・職種

介護支援専門員・その他( )

事業所名

氏 名

被保険者の 心身の状況  (慢性疾患 で病院に通 院している ことなど、知 り得ている 情報を記入 ください。)	
---	--