

平成 年 月 日

(保管・消毒の業務委託先法人名称)

代表者 様

指定事業者名称 (法人名称)

代表者 氏 名 ㊞

福祉用具の保管・消毒業務に係る改善について (依頼)

標記について、平成〇〇年〇〇月〇〇日付けで締結した福祉用具の保管・消毒業務委託契約書第〇〇条の規定に基づき、平成〇〇年〇〇月〇〇日に実施した結果、別紙「確認・点検結果」のとおり、改善を要する事項が見受けられました。

については、改善を要する事項について速やかに改善していただくとともに、「改善内容・改善年月日」に所要事項を記載の上、平成〇〇年〇〇月〇〇日までに報告してください。

事業所名：〇〇福祉用具貸与事業所
連絡先電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者職・氏名：福祉用具専門相談員

〇 〇 〇 〇

確認・点検結果

確認・点検日時	改善を要する事項	改善内容	改善年月日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日
年 月 日 〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇			年 月 日

