様式第２号

**高齢者虐待対応専門職員派遣報告書**

（市町・地域包括支援センター用）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市町名（担当課）または地域包括支援センター名 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 実施日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： |
| 出席者 | （所属　職名　氏名） |
|  |
| 助言内容 |  |
| 助言後の対応 |  |
| 助言後の課題 |  |
| その他 |  |

**※この報告書を専門職員と共有することについて**[ ] **同意する／**[ ] **同意しない**