

様式7

高次脳機能障害支援計画終了報告書

_____ 号
平成 年 月 日

_____ (市・区・町・村)

_____ 様 _____
_____ 印

高次脳機能障害支援について、下記の理由により終了いたしましたので報告いたします。
今後、支援が必要な場合には下記の支援担当者までご連絡ください。

記

支援を受けた方の 氏 名	
支援の終了日	平成 年 月 日
終了理由 (支援結果)	
今後の方針	
備 考	

支援拠点機関	
支援担当者	氏名 所属機関住所 TEL : - - FAX : - -
支援協力施設	