Uppföljningsrapport
Kontaktpersonsuppdrag jml 9:4§LSS

Kontaktpersonens namn:_____
Omfattning av uppdraget timmar i månaden:_____
Enhetschefens namn: _____

	Typ av kontakt	**Träffens innehåll**	**Tid**

Underskrift

_____
Kontaktperson

Underskrift

_____
Enhetschef

Omsorgsförvaltningen
Rådhuset · Besöksadress: Kungsgatan 27 · 374 81 Karlshamn · Tel 0454-81700 · Fax 0454-81760
E-post: omsorg@karlshamn.se · Hemsida: http://www.karlshamn.se
postgiro 1 03 94-5 · Bankgiro 991-1777