MÅNADSRAPPORT

redovisning av uppdrag som kontaktperson

Månad: _____ År: _____

Kontaktperson (namn)	Uppdraget avser (namn)
Ansvarig handläggare	Omfattning av uppdraget, antal timmar/månad

Datum	Tid	Kort beskrivning av vad ni har gjort vid kontakten/träffen

_____ _____

Underskrift kontaktperson Datum

Karlshamns Kommun • Socialnämnden • Socialförvaltningen
Rådhuset • 374 81 Karlshamn • Tfn 0454-810 00 •
E-post: socialnamnden@karlshamn.se • Internet: www.karlshamn.se