



Ifylld rapport skickas till  
[socialnamnden@strangnas.se](mailto:socialnamnden@strangnas.se)

Namn											Personnummer			
Ansvar			Verksamhet				Akt							
6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4	0	0

År:	Månad:
-----	--------

<b>Tillfälle: måndag- fredag kl. 17.00–08.00 (16.00–08.00)</b>		<b>A</b>
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	

<b>Tillfälle: lördag, söndag, helgdag</b>		<b>B</b>
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	

<b>Tillfälle: ersättare för ordförande</b>		<b>C</b>
måndag-fredag kl. 08.00–17.00 (08.00–16.00)		
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	
Datum	Datum	

<b>A: måndag- fredag 17.00–08.00</b>	Antal tillfällen:
<b>B: lördag söndag, helgdag</b>	Antal tillfällen:
<b>C: ers. ordf. måndag-fredag 08.00–17.00</b>	Antal tillfällen:

<b>Signatur:</b>	<b>Datum:</b>
Granskad:	
Attesterad:	