年　　月　　日

北九州市保健福祉局

介護保険課施設サービス係　宛

　ＦＡＸ番号：０９３－５８２－５０３３

運営推進会議への出席について(依頼)

【事業所情報】

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種別 | [ ] 地域密着型通所介護　　[ ] 認知症対応型通所介護 |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| 管理者名 |  | 連絡先 | Tel |  |
| Fax |  |
| 【会議情報】 |  |  |  |  |
| 日　時 | 年　　　月　 　日　　　曜日時　　分　～　　時　　分 |
| 場　所 | [ ] 事業所内[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 住　所 |  |
| 駐車場 | 　 [ ] 有　　　　　[ ] 無 |
| 備　考 |  |

～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～・～

令和　　年　　月　　日

　　【回答】

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ] 出 席　　[ ] 欠 席 |
| 出席者 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |