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 |  |