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

運営推進会議及び介護・医療連携推進会議合同開催の可否について(依頼)

【事業所情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 |  | | | |
| 事業所番号 |  | 事業所名 | |  |
| 事業所所在地 |  | | | |
| 管理者名 |  | 連絡先 | Tel |  |
| Fax |  |
| **合同開催先**  サービス種別 |  | | | |
| **合同開催先**  事業所番号 |  | **合同開催先**  事業所名 | |  |
| **合同開催先**  事業所所在地 |  | | | |
| **合同開催先**  管理者名 |  | **合同開催先**  連絡先 | Tel |  |
|  | Fax |  |

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

令和　　年　　月　　日

【回答】

|  |  |
| --- | --- |
| 合同開催の可否 | 可　 　　不 可 |
| 【合同開催が認められない理由】 | |