令和５年度第１回介護保険サービス事業者連絡会

受付票

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名（正式名称） |  |
| サービス種類 |  |
| 参加者氏名（職種） | （役職：　　　　　　　） |
| 参加日程（○を記入） | ①　７月１８日１４：００～ | ②　７月１９日９：３０～ | ③　７月１９日１４：００～ |
|  |  |  |