令和５年度第２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） | （職種：　　　　　　　） |
| 参加日程（○を記入） | ①　１月２３日９：３０～ | ②　１月２３日１４：００～ | ③　１月２４日９：３０～ |
|  |  |  |

※サービス種類は、複数ある場合はすべて記入してください。