令和６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月２３日（木曜日） | |
| ① ９：３０～ | ② １３：３０～ |
|  |  |

※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。