令和7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） | （職種：　　　　　　　） |
| 参加日程（○を記入） | ①　8月２1日１３：３０～ | ②　8月２2日９：３０～ | ③　8月２2日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。