

認知症高齢者グループホーム開設希望事業者説明会 申込書

区 分		申 込 内 容
法 人	名 称	
	住 所	〒 ー
	連 絡 先	TEL: () fax: ()
出 席 者	氏 名	
	役 職 名	

- ※ 出席者は**1法人につき1名まで**となります。
- ※ 開催時間は、13時30分から14時30分までを予定しておりますが、申込状況によっては変更となる場合があります。
- ※ 開催案内通知は、別途お送りいたします。
開催案内通知の送付先を下記の表に記載してください。

【案内文送付先】

住 所	〒 ー
法 人 名 称	
担当部署・担当者氏名	様

提出期限：平成31年6月14日（金）必着

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部
介護保険課事業指導係 福田 あて
(F A X : 011-218-5117)