

※事業所・サービス種別ごとの出欠を
確認しています

複数のサービス事業所もしくは複数のサービス事業から代表者1名
のみが参加する場合には、
No.2～4を使用し、事業所名・サービス種別を全て記入してくださ
い。

会場：WEST19 5階講堂
駐車場は一切使用できません。
公共交通機関等でお越しください。

No.	該当するサービス種別を○ で囲む	法人名	事業所番号	事業所名
1	通所介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護			
2	通所介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護			
3	通所介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護			
4	通所介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護			

※更に必要な場合は裏面に追記してください。

出席者名
