

※事業所ごとの出欠を確認しています

複数の事業所から代表者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.	サービス種別	法人名	事業所番号	事業所名
1	介護予防支援			
2	介護予防支援			
3	介護予防支援			
4	介護予防支援			

※更に必要な場合は裏面に追記してください。

代表出席者名

（出席者数 名）
