

**※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。

WEST19の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	居宅介護支援 介護予防支援			
2	居宅介護支援 介護予防支援			
3	居宅介護支援 介護予防支援			
4	居宅介護支援 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。

**出席者名**

---