

**※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.1～2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	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 地域密着型介護老人福祉施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護 介護療養型医療施設 通所リハビリテーション 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			
2	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 地域密着型介護老人福祉施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護 介護療養型医療施設 通所リハビリテーション 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			

※更に必要な場合は裏面に追記してください。

出席者名
