都城市健康部介護保険課　指導担当宛

ＦＡＸ　0986-23-2143

第1回都城市集団指導出席報告書

令和４年6月13日（月）必着

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| サービス種別 | □　地域密着型通所介護  □　認知症対応型通所介護  □　地域密着型介護老人福祉施設  □　認知症対応型共同生活介護  □　小規模多機能型居宅介護 | |
| 連絡先  電話・ＦＡＸ | （電　話）  （ＦＡＸ） | |
| 出席者職氏名  ※1事業所1名までとさせていただきます。 | 職名 |  |
| 氏名 |  |