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 |  |