※南部町（保険者）職員、又は地域包括支援センター職員用

送り先：南部町　福祉介護課　介護保険班（FAX　0178-76-3904）

様式４-１【対面開催の場合】

令和　　年　　月　　日

運営推進会議出席依頼書（事業所→南部町）

当事業所において、下記のとおり地域密着型サービスにかかる会議を開催しますので、南部町（保険者）職員、又は地域包括支援センター職員の出席を依頼します。

なお、準備の都合上、出欠の有無を、令和　年　　月　　日までにご連絡ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 会議の回数 | 第　　回　運営推進会議 | | |
| 開催日 | 令和　　年　　月　　日　　（　　曜日） | | |
| 開催時間 | 時　　分　～　　時　　分 | | |
| 開催場所 |  | | |
| 合同開催の有無 | あり（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  なし | | |
| 議題（予定） | １．  ２．  ３．  ４．  ５． | | |
| 連絡先 |  | FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  | | |

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――

依頼のありました貴事業所において開催予定の運営推進会議について、下記のとおり回答します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出　欠 | 出　席　　・　　欠　席 | |
| 出席者 | 所属及び氏名 |  |