

日向市地域ケア個別会議参加申込書

日向市長 様

(申込先：日向市高齢者あんしん課 地域包括ケア推進係 宛 FAX 0982-56-1423)

1 申込担当者

担当者	所 属	
	役 職	
	氏 名	
連絡先	電 話	
	F A X	
	メー ル	

2 参加者情報

参加希望日	年	月	日
事業所種別	<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
参加者	所属	役職・職種	氏名
使用するパソコンの台数		台	

※会議はオンライン(ZOOM)で開催します。視聴につきましてもオンラインからお願いします。

なお、接続するパソコンの台数を制限させていただくことがありますので、ご了承ください。

※会議の撮影、録音は一切出来ませんのでご了承ください。

※参加申込書は、参加希望開催日の前週水曜日までに提出をお願いします。