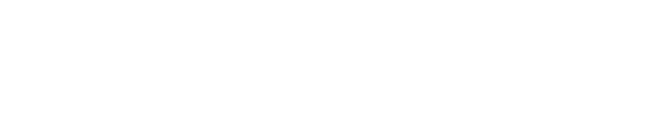
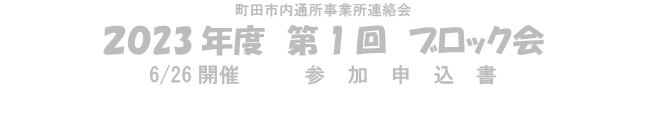
FAX 番号：０４２-８60－6073 （町田市介護人材開発センター事務局）

## E-mail ：info@machida-kjkc.jp 締切 2024 年 2 月 15 日（木）まで



町田市内通所事業所連絡会

２０

23

年度

第

2

回

ブロック会

22

2

/

開催

参

加

申

込

書

申込年月日：２０2４年 　月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 【申込担当者】 担当者氏名： | |
| 事業所名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| Email | Zoom につなぐアドレス  ＠ |

### 【参加者名】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏 名 | 事業種  （下記の数字を記入） | 職種（〇で囲む） | Zoom につなぐアドレス上記アドレスと違う場合 |
| 1 |  |  | 1.管理者 2.生活相談員  3.介護職 ４その他  （ ） | ＠ |
| 2 |  |  | 1.管理者 2.生活相談員  3.介護職 ４その他  （ ） | ＠ |
| 3 |  |  | 1.管理者 2.生活相談員  3.介護職 ４その他  （ ） | ＠ |

≪事業種 No.≫

１．通所介護 ２．認知症対応型 ３．地域密着型 ４．通所リハ 5.介護予防

※ いただいた情報は適正に管理し、連絡会の目的以外には使用いたしません。

ありがとうございました。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 入力 |
|  |  |

事務局使用欄