

町田市内通所事業所連絡会

2025 年度 第 1 回ブロック会 参加申し込み

2025 年 9 月 18 日 (木) 18:00~20:00

申込年月日：2025 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 (○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。

事務局使用欄

受付	入力