【別紙１】令和５年度「福島市介護予防ケアマネジメント相談会」（自立支援型地域ケア会議）

の傍聴参加の申込書

【送付先】 ※添書不要

長寿福祉課　地域包括ケア推進室

　　八巻・五十洲　宛て

**E-mail：tyoujyu@mail.city.fukushima.fukushima.jp**

令和５年度「福島市介護予防ケアマネジメント相談会」

（自立支援型地域ケア会議）の傍聴参加の申込書

※申込期限は各回開催日の１０日前までとなります。詳しくは傍聴参加の案内をご確認ください。

※傍聴参加人数の関係上、１事業所２名までとさせていただきます。

令和　　　年　　月　　日に開催する「福島市介護予防ケアマネジメント相談会」傍聴への参加を申し込みます。

出席者

所属名 連絡先

※該当する項目に○をつけてください。

（　）地域包括支援センター　　　（　）居宅介護支援

（　）通所介護　　　　　　　　　（　）訪問介護　　　　　　　　　（　）訪問看護

（　）訪問リハビリテーション　　（　）通所リハビリ

（　）助言者・専門職等

（　）その他（ 　　 ）

氏　名 職　名

氏 名 職　名

※定員を超える場合はお断りをさせていただくことがあります。ご了承ください。

(担当：長寿福祉課地域包括ケア推進室　電話０２４－５２９－５０６４)