**介護予防・日常生活支援総合事業「いわき市生活援助サービス」**

別紙

**事業説明会への参加確認票**

平成　　年　　月　　日

長寿介護課　長寿支援係　吉田　行　（FAXまたはメールにて回答願います。）

ＦＡＸ：0246-22-7547

メールアドレス：yoshida-k-16@city.iwaki.fukushima.jp

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　（ 居宅 ・ 訪問　）

※１「居宅介護事業所 」「訪問介護事業所」どちらかに〇を願います。

※２ 市内に同事業所が数カ所ある場合は、支店名まで記入願います。

担当者名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

**質問１**

　　事業所説明会へ参加しますか？（いずれかに丸を付けてください。）

不参加の場合は以上で質問は終了です。御協力ありがとうございました。

参加（　　　　）　・　 不参加

※参加希望会場の番号を記入願います。

①小名浜公民館

②市文化センター

③総合保健福祉センター

④勿来市民会館

**質問２**

　　説明会への参加人数は、何名ですか？（いずれかに丸を付けてください。）

　※会場の都合から説明会には、原則２名以内での参加をお願いします。

　※３名以上での参加を希望する場合は、市文化センター又は、総合保健福祉センターへの参加をお願いします。

　１名　・　２名　・　３名以上（　名）

**回答期限　　平成29年６月26日（月）まで**