**介護予防・日常生活支援総合事業「いわき市短期集中予防サービス」**

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 ・ 通所　・　通所リハ・　老健　）

※１　いずれかに〇を願います。

※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総合保健福祉センター

③市文化センター

**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、市文化センター若しくは総合保健福祉センターへの参加をお願いします。なお、会場の定員を超える場合には、３名以上での出席をお断りさせていただく可能性もございますのであらかじめ御了承下さい。

　１名　・　２名　・　３名以上（　名）

**回答期限　　平成29年８月４日（金）まで**