**介護予防・日常生活支援総合事業報酬体系見直し及び共生型サービスの**

**導入に係る説明会への参加確認票**

令和　　年　　月　　日

地域包括ケア推進課　事業推進係　相川　行

（FAXまたはメールにて回答願います。）

ＦＡＸ：0246-2７-８５７６

メールアドレス：aikawa-t-3@city.iwaki.lg.jp

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　（ 居宅 ・ 訪問 ・ 通所 ）

※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**

　　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。

①７月22日（月）　総合保健福祉センター

②７月25日（木）　小名浜公民館

③７月30日（火）　総合保健福祉センター（夜間）

④７月31日（水）　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、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　　令和元年７月12日（金）まで**