（宛先）

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課

（FAX番号）

　０５２－９７２－４１４７

令和元年度介護保険指定事業者講習会　欠席票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | ２ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在区 |  |
| サービス種別 | 居宅介護支援事業 |
| 欠席理由 | 2019年度愛知県主任介護支援専門員研修に出席するため |

※１　当該欠席票は、2019年度愛知県主任介護支援専門員研修に出席するために集団指導を欠席する事業所に限り、ＦＡＸにて提出してください。その他の事由により欠席する事業所は提出不要です。

※２　「事業所番号」「法人名」「事業所名」「事業所所在区」を記入して提出してください。