

鹿児島県高齢者生き生き推進課介護保険室事業者指導係 宛て

F A X 番号 0 9 9 - 2 8 6 - 5 5 5 4

E - m a i l k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp

## 集 団 指 導 資 料 確 認 証

例年、集団指導の際、参加証を提出していただきましたが、本年度は、ホームページ掲載資料を出力・確認したことにより集団指導へ参加されたものとしたします。

つきましては、下表をご記入の上、介護保険室事業者指導係まで、メール・F A X 等にて送信してください。

	介護保険事業所番号		4 6	
サービスの種類			介護予防	あり・なし (どちらかに○)
事業所・施設の名称				
事業所・施設の所在地	(〒 - )			
確認者の職名及び氏名	職名			氏名
連絡先	tel			fax
	mail			

※当室からの情報提供のため、メールアドレスを御記入ください。

(注)

1 介護保険事業所番号は、必ず記入してください。

2 F A X にて送信される場合、本表のみで可 (送信表不要)。