

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

FAX番号 099-286-5554

E-mail 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いておりますが、本年度も、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いたします。

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・FAX等にて送信してください。

		介護保険事業所番号		46	
サービスの種類				介護予防の指定	※必ずどちらかに○をしてください あり・なし
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	電話			FAX	
	事業所メール				

※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 FAXにて送信される場合、本表のみで可（送信表不要）