**沖縄市介護保険課管理係 宛て**

**ＦＡＸ番号　　０９８-９８７－８５２７**

**Ｅ-ｍａｉｌ 　a42kanri@city.okinawa.lg.jp**

令和５年度集団指導資料確認票

**ホームページ掲載の動画視聴、資料確認の後、下記にご記入の上、令和５年９月４日（月）までに介護保険課管理係までメールまたはＦＡＸにて送信してください。**

**本年度は、本確認票の提出により、集団指導へ参加されたものといたします。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービスの種類 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  　地域密着型通所介護  （介護予防）認知症対応型通所介護  （介護予防）小規模多機能型居宅介護  （介護予防）認知症対応型共同生活介護  　地域密着型特定施設  　地域密着型介護老人福祉施設  　看護小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 事業所名・連絡先 | 連絡先：　　　　　（　　　） | | | |
| 確認者の職名及び氏名 | 職名 |  | 氏名 |  |

（注）ＦＡＸにて送信される場合、本票のみで可（送信票不要）。

送信期限：令和５年９月４日（月）