

沖縄市介護保険課管理係 宛て

F A X 番号 0 9 8 - 9 8 7 - 8 5 2 7

E - m a i l 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いたします。

サービスの種類	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 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）