

# 旭川市通所系サービス事業所連絡会

## 第1回 研修会「介護保険改定に伴う指導要点と加算のあり方」

### 参加申込書

事業所名	
連絡先	
氏名/職種	氏名： 職種：
氏名/職種	氏名： 職種：
氏名/職種	氏名： 職種：
【事前アンケート】	
指導監査課・保健所の方に聞きたい・確認したい内容があればご記入ください	

#### \*通信

事前にアンケートにご協力を頂き、より精通した具体的な内容を盛りこめるよう現在、準備を進めております。頂いたご意見は、連絡会の中で話し合いのもと、市のスタッフへお伝えする予定です。頂いたご意見が反映されない場合もございますので、予めご了承ください。

お手数ではありますが、参加申込書と合わせてアンケートにご回答頂き  
1/31 までに下記連絡先まで FAX にてご返送頂けると幸いです。

#### 【旭川市通所系サービス連絡会】

〒070-0026 旭川市東6条2丁目 2番11号

連絡先 0166-21-6577

デイサービスセンター ツクイ旭川東

FAX 番号 0166-21-6578

管理者 鴨林 宛まで