令和　　年　月　日

三木市健康福祉部

介護保険課長　殿

（事業所名）　　　　印

（管理者または施設長等）

令和○年度第◯回運営推進会議の出席について（依頼）

このことについて、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準の規定により運営推進会議を開催しますので、ご出席してくださるよう願いします。

記

１　日　時 　　年　月　日（　曜日）

 午前　時から午後　時まで

２　場　所 三木市○○町○番地

 （事業所・会議室名等）

３　内　容 ○○○○○○○○○○○○○○

ご出欠を下記にご記入の上、◯月◯日までにＦＡＸまたはお電話にてご連絡いただけますようお願いします。

ＦＡＸ　（００００）００―００００

ＴＥＬ　（００００）００―００００（担当：○○）

**出　席　　・　　欠　席**

**所　属：[　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**役　職：[　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**氏　名：[　　　　　　　　　　　　　　　　]**