**【メール送信先】**

**国分寺市　高齢福祉課　介護保険係　運営推進会議担当　あて**

**電話番号：042-321-1301**

**E-mail:koureihukushi@city.kokubunji.tokyo.jp**

**運営推進会議（介護・医療連携推進会議）出席依頼書**

当事業所において，下記のとおり地域密着型密着型サービスにかかる会議を開催しますので，市または地域包括センター職員の出席を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 |  | | | | |
| 事業者名称 |  | | | | |
| 事業者　担当者名 |  | | | | |
| 連絡先 | TEL ：  E-mail： | | | | |
| 会議の種類及び回数 | 種類 | 運営推進会議 | | 回数 | 回目 |
| 介護・医療連携推進会議 | |
| 依頼書送信日 | 令和　　年　　月　　日　　（　） | | | | |
| 会議開催日時 | 令和　　年　　月　　日　　（　） | | | | |
| 午前・午後 | | 時　　分 ～　 時　　分 | | |

●**提出前の確認事項**

□　その他構成員についても，日程調整済または日程調整中である

□　本依頼書の送信日時は，会議開催日より１か月以上前である。

□　基準で義務づけられている年間開催回数を把握し予定を組んでいる。