**【送信先】**

**事業所名：**

**担当者名：**

**電話番号：**

**E-mail：**

**【送信元】**

**国分寺市　地域包括センター●●●①**

**電話番号：**

**E-mail：**

**運営推進会議（介護・医療連携推進会議）出席依頼回答書**

先に依頼のありました貴事業所において開催予定の運営推進会議（介護・医療連携推進会議）について、下記のとおり包括支援センター職員の出席を決定しましたので連絡します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 会議開催日時 | 令和　　年　　月　　日　　（　） |
| 時　　分　～　　時　　分 |
| 出席者所属及び氏名 | 地域包括支援センター●●① | ●●② |

**★上記を適宜修正して利用してください**

**★事業者へＦＡＸ送付する際は同時に下記にも同じものを送付してください。（ＦＡＸまたはメール）**

**国分寺市　高齢福祉課　介護保険係　運営推進会議担当　宛**

**ＦＡＸ番号042-320-1180　電話番号042-325-0111（内2414）**

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