

FAX 番号：042-860-6073（町田市介護人材開発センター事務局）
E-mail：info@machida-kjkc.jp 締切 2026年1月13日（火）まで

町田市内通所事業所連絡会
2025年度 合同運営推進会議(1/22開催)
参 加 申 込 書

申込年月日：202 年 月 日

【申込担当者氏名】（必須）：	
事業所名（必須）	
連絡先電話番号（必須）	
Email（必須）	当日、ZOOMにつなぐためのアドレス @
当日聞きたいことがありましたらご記入ください	

【参加者名】

	事業種 (下記の数字を記入)	職種 (○で囲む)	カ 氏 ナ 名
1		1.管理者 2.生活相談員 3.介護職 4その他（ ）	
2		1.管理者 2.生活相談員 3.介護職 4その他（ ）	
3		1.管理者 2.生活相談員 3.介護職 4その他（ ）	

※事業種 No. >

1. 通所介護 2. 認知症対応型 3. 地域密着型 4. 通所リハ 5. 介護予

※ いただいた情報は適正に管理し、連絡会の目的以外には使用いたしません。

受付	入力

ありがとうございました。