

# 町田市通所事業所連絡会 会員向け 2025年度 町田市合同運営推進会議

テーマ【地域との連携 ならびに 今後の運営推進会議について】

日頃より町田市通所事業所連絡会へのご理解とご協力をたまわり厚く感謝申し上げます。2025年度の合同運営推進会議は、町田市運営推進会議等設置及び運営に係るガイドライン「会議の議題」より

- ・地域との連携
- ・交流に関すること、その他個別課題に対する意見交換
- ・その他 会議を運営するうえで必要な事項

について情報交換ならびに共有化を行い、今後自事業所で開催する運営推進会議を考え、事業所運営を適正に活性化できることを目指して開催いたします。

なお、今後の合同運営推進会議について市役所と連絡会から重要なお伝えがございます。今回は、グループワークの時間はございません。

小規模デイ部会・パーソナルデイ部会の皆さま、お忙しいなかで大変恐縮ですが、ご参加のほど、どうぞよろしくお願ひいたします。

## 町田市運営推進会議等設置及び運営に係るガイドライン

町田市トップページ>医療・福祉>介護保険>介護保険に関する事業者の方へ>地域密着型サービス>町田市地域密着型サービス運営推進会議等の設置及び運営に係るガイドライン

※年間の運営推進会議 開催 1 カウント（町田市承認）となります。

※非会員の事業所様は、ぜひこの機会に入会手続きをお願いいたします。

日 程 : 2026年 1月 22日 (木) オンライン開催 (ZOOM 使用)

時 間 : 18:00~19:30 (多少の前後があります)

対象者 : 小規模部会・パーソナル部会に所属する通所事業所（町田市全圏域）

内 容 : 地域との連携ならびに今後の運営推進会議について

参加費 : 無料

参加環境 : LAN接続か Wifi 環境のある場所でつないでください。同じ場所で 2 台以上の接続はおやめください。ハウリングを起こして参加者全員が聞き取れなくなります。  
参加時には画面上に「事業所名・参加者名」を表示して下さい。 ZOOMでのご参加に不安のある方は事務局までご連絡下さい。

定 員 : 70 端末、ZOOMで実施するため、ログイン可能な方

申込方法 : 以下の申し込みフォームからお申し込み下さい。

<https://machida-kaigo.org/organization/detail/4>

※「申込」フォームからお申込みができない方は以下の参加申込書をダウンロードしてお使い下さい。①Zoomにつなぐためのアドレス②事業所名③電話番号④参加者名⑤職種をお知らせください。申込締め切り後、①のアドレスにZoom URL を送付いたします。

締切 : 1月 13日 (火) まで

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木開催)**  
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すならご記入ください |                    |

【参加者名】

|   | 事業種<br>(下記の数字を記入) | 職種 (〇で囲む)                        | カナ<br>氏名 |
|---|-------------------|----------------------------------|----------|
| 1 |                   | 1.管理者 2.生活相談員<br>3.介護職 4.その他 ( ) |          |
| 2 |                   | 1.管理者 2.生活相談員<br>3.介護職 4.その他 ( ) |          |
| 3 |                   | 1.管理者 2.生活相談員<br>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. 介護予防

※ 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。

ありがとうございました。

事務局使用欄

|    |    |
|----|----|
| 受付 | 入力 |
|    |    |