

出席票

「平成30年度介護保険制度改正等説明会」に出席します。

日時	サービス 種別番号 <small>※下記より お選びください</small>	事業所名	出席者名
3月20日(火)			
22日(木)			
23日(金)			
出席日を○で囲んで ください			

サービス種別番号

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1 居宅介護支援 | 14 地域密着型通所介護 |
| 2 地域包括支援センター | 15 認知症対応型通所介護 |
| 3 訪問介護 | 16 小規模多機能型居宅介護 |
| 4 訪問入浴介護 | 17 認知症対応型共同生活介護 |
| 5 訪問看護 | 18 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 6 訪問リハビリテーション | 19 地域密着型介護福祉施設 |
| 7 通所介護 | 20 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 8 通所リハビリテーション | 21 介護老人福祉施設 |
| 9 短期入所生活介護 | 22 介護老人保健施設 |
| 10 短期入所療養介護 | 23 介護療養型医療施設 |
| 11 特定施設入居者生活介護 | 24 福祉用具貸与 |
| 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 25 特定福祉用具販売 |
| 13 夜間対応型訪問介護 | |

この「出席票」は説明会の当日、受付にて提出してください

★当日、資料の準備はございません。

必ずダウンロードしてご持参ください。