

群馬県地域密着型サービス連絡協議会
FAX:027-289-0909

「群馬県地域密着型サービス連絡協議会」第26回 定期総会に

出 席
し ま す。
欠 席

事業所名(およびサテライト事業所名)	管理者名

該当する事業所形態に○をし、()内をご記載ください。

グループホーム	()ユニット+共用デイ(有・無)
小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能	1ユニット+ サテライト()ユニット
認知症対応通所介護	1ユニット

総会参加者名

出席者は合計_____名 です。

※ 欠席の事業所は下記の委任状に署名捺印をお願いします。

委 任 状

私は「群馬県地域密着型サービス連絡協議会」総会での議決を会長に一切委任いたします。

令和8年 月 日

事業所名_____

管理者名_____ 印