

**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24回 定期総会に

出席  
させていただきます。  
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6年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

管 理 者 名 \_\_\_\_\_ 印

