



平成27年度介護保険サービス事業者等集団指導参加票

同一敷地内（同一事業所番号）で複数の事業所の指定を受けておられる場合は、各サービス種別（事業所）ごとの出席者を1枚にまとめて記入の上、提出してください。

事業所番号	介護報酬の請求の際に使う、26で始まる10桁の番号です。		
事業所名称			
所在地	〒	-	~~~~郵便番号は必ず記入してください~~~~
担当者氏名		連絡先TEL	

参加月日	サービス種別（事業所）	出席者の職・氏名（サービス種別ごとに）
6/9、16、19のうち参加される日を記入してください。	サービス種別ごとに出席者名を記入してください。 1つのサービス種別について、出席者は1名までとしてください。 （介護予防サービスの指定を併せて受けている場合でも1名の出席とします。） 1名の方が複数のサービス種別を代表して参加することも可能です。（その出席者が代表するサービスを全部記入してください。）	
例) 6/9 "-----	例) 介護老人福祉施設 通所介護（介護予防も） -----	例) 管理者 京都花子 " "-----
		出席者数 名

出席者数の合計を上記に御記載ください