



## 平成27年度介護保険サービス事業者等集団指導参加票 (みなし指定事業所分)

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(事業所種別)	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。 (介護予防サービスについては、同種の居宅サービスと併せて1名までとします。) 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) 居宅療養管理指導(介護予防も)  -----	例) 管理者 京都花子  -----		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">出席者数</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">名</td> </tr> </table>	出席者数	名
出席者数	名			

出席者数の合計を上記に御記載ください