ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８（愛媛県老人福祉施設協議会事務局行き）

※送信紙は必要ありませんので、このまま送信してください。

平成２９年度デイサービスセンター戦略会議

出 欠 連 絡 票

（施設名　　　　　　　　　　）

※下記の該当番号に〇をつけ、出席の場合は、氏名等を記入してください。

１　出　席

　　 【出席者】 ※施設長又は代理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　名 | 氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |

２　欠　席

|  |
| --- |
| 質　問　事　項　等 |
| ※他施設の状況等で聞いてみたいこと等がありましたら、ご記入ください。 |

お手数ですが、平成３０年２月９日（金）までにご回答をお願いします。