

## 参加申込書

三鷹市介護事業者地域連携推進事業（小規模れんれん）に小規模介護事業者として参加します。

法人名

事業所名

事業所所在地 〒181-

電話：

FAX：

e-mail：

担当者

事業所での役職：

氏名：

本事業に期待すること、実施して欲しい事業など（現時点の希望で可）

必要事項を記入のうえ、この用紙を4月23日（木）までに送信してください。

（あて先） 三鷹市健康福祉部介護保険課介護事業者指導係 恩田

FAX： 0422-29-9820

E-mail： kaigo@city.mitaka.lg.jp