

送信票不要

海南市 高齢介護課 指定・指導班 あて

## 確認書

本事業所は、適切な運営を行うため、令和4年度介護保険サービス事業者集団指導の内容を確認し、書面による集団指導の受講を終了しました。

- ・各サービス共通の資料
- ・関係する個別サービスの資料

事業所番号	サービス名（プルダウンで選択してください。）	施設・事業所名称
30		
30		
30		
30		
30		
30		
30		

法人名					
担当者名					
確認日	令和5年		月		日

提出期限 **令和5年4月28日（金）**

◎ 確認書は、電子メール又はFAXで提出してください。

電子メール： korei@city.kainan.lg.jp

FAX： 073-483-8769