受　付　　FAX送信票　（原則、調整会議の前日までにご連絡下さい）

豊田市介護サービス機関連絡協議会（調整会議）事務局あて

FAX：0565－32－6011　　　　　　　　　　　送信日：令和　　年　　月　　日

下記の日程での調整会議について　　（該当欄にﾁｪｯｸつけて下さい）

□　連絡事項あり、説明希望です**→→**2～3分以内でお願いいたします。

□　欠席します**→→**□　提供票・配布資料等取りに行きます　　□　資料はいりません

　　　　　　　**＊資料は福祉センター１F　総務課までお越し下さい！！**

令和　　年　　月　　日　資料受け取り者　（　　　　　　）

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊資料配布のみの場合は、ＦＡＸ送信票等、連絡は必要ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　程 | 令和　　　年　　　　月　　　　　日　（　　　　）　 |
| 事業所名 | 事業所座席番号（　　　　　　　）　　　　　　　　事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　連絡先：電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 内　容 | （簡潔にお願いします） |

返信用

令和　　年　　月　　日　上記のとおり受付ました。

よろしくお願いいたします。

豊田市福祉ｾﾝﾀｰ1階　　　　　　事務局・担当：

（連絡先℡：0565－34－1131）