（参考様式２）

　運　営　推　進　会　議　等　報　告　書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名  住所 | 名称：  住所： |
| 事業所名  住所  サービス種類 | 名称：  住所：  サービス種類： |
| 開　催　日　時 | 令和　　年　　月　　日　第　　回　　　：　　　～　　　： |
| 開　催　場　所 |  |
| 出席者内訳 |  |
| 議題・課題 |  |
| 報告事項 |  |
| 評価（感想等） |  |
| 要望、意見及び  助言等 |  |

※開催後１か月以内に八戸市介護保険課と事業所が所在する区域を管轄する高齢者支援センターの両方へ提出してください。（FAX、E-mail可）

八戸市介護保険課　　FAX：0178-47-0732　　E-mail：kaigo@city.hachinohe.aomori.jp