別紙１

**石垣市地域密着型サービス事業所　運営推進会議設置届出書**

（小規模多機能型居宅介護／認知症対応型共同生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護）

石垣市長　様

所　　在　　地

法　　人　　名

代表者職・氏名

　当法人が運営する事業所について、次のとおり運営推進会議を設置したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．事業所内容** | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | (サービス種別：　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | |
| 担当者職・氏名 | | | |  | | 電　話 |  | | | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | |
| **２．運営推進会議構成員** | | | | | | | | | | |
| 構成委員 |  | 氏　名 | | | 主な役職等 | | | 委員分野 | | |
| 1 |  | | |  | | |  | | |
| 2 |  | | |  | | |  | | |
| 3 |  | | |  | | |  | | |
| 4 |  | | |  | | |  | | |
| 5 |  | | |  | | |  | | |
| 6 |  | | |  | | |  | | |
| 7 |  | | |  | | |  | | |
| 8 | |  | |  | | | |  | |
| 9 | |  | |  | | | |  | |
| 10 | |  | |  | | | |  | |
| **３．開催予定日時**※定期開催する予定があればご記入ください。未定であれば「未定」とご記入ください。 | | | | | | | | | |
| 第１回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | | | |
| 第２回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | | | |
| 第３回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | | | |
| 第４回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | | | |
| 第５回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | | | |
| 第６回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | | | |

別紙１－２

**石垣市地域密着型サービス事業所　運営推進会議設置届出書**

（認知症対応型通所介護／地域密着型通所介護）

石垣市長　様

所　　在　　地

法　　人　　名

代表者職・氏名

　当法人が運営する事業所について、次のとおり運営推進会議を設置したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．事業所内容** | | | | | | | | |
| 事業所名 | | (サービス種別：　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| 担当者職・氏名 | |  | | 電　話 |  | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | |
| **２．運営推進会議構成員** | | | | | | | | | |
| 構成委員 |  | 氏　名 | 主な役職等 | | | 委員分野 | | | |
| 1 |  |  | | |  | | | |
| 2 |  |  | | |  | | | |
| 3 |  |  | | |  | | | |
| 4 |  |  | | |  | | | |
| 5 |  |  | | |  | | | |
| 6 |  |  | | |  | | | |
| 7 |  |  | | |  | | | |
| 8 |  |  | | | |  | | |
| 9 |  |  | | | |  | | |
| 10 |  |  | | | |  | | |
| **３．開催予定日時**※定期開催する予定があればご記入ください。未定であれば「未定」とご記入ください。 | | | | | | | |
| 第１回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | |
| 第２回 | 平成　　年　　月　　日　（　　）　時～　　時　　・　　未定 | | | | | | |

別紙２

石垣市介護長寿課

石垣市地域包括支援センター　あて

事業所名

サービス種類

運営推進会議への出席について（依頼）

　標記について、当事業所の運営推進会議を下記の日程で開催しますので、貴職員の出席をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日 |  |
| 時　間 |  |
| 場　所 |  |
| 会議の  内容など |  |