平成24年度介護サービス事業者向け説明会について

法人名

出席者

連絡先

※出席箇所に○をお願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | ①現任介護職員等研修支援事業　　　13：35～14：10 |
|  | ②介護職員処遇改善加算について　　14：10～15：15 |
|  | ③介護職員の医行為について　　　　15：15～16：00 |

＊どの事業所の方が来られたかを参考までにお知らせいただくものです。

当日、受付の箱にお入れ下さい。