

平成 年 月 日現在

平成24年度カントリーミーティング 申込書・事前アンケート

フリガナ		年 齢	フリガナ	
氏 名	男・女	歳	法人名	
フリガナ		市町村名	職種・役職	経験年数
施設名				年 カ月
	特 養 ・ 養 護 ・ 軽 費 ケアハウス ・ デ イ その他 ()			

道老施協会員 ・ 道デイ協会員 ・ 非会員 ※該当するものに○をつけてください。

連絡先	〒	希望分科会 (1つに○)	経営1 ・ 経営2
	TEL FAX		介護1 ・ 介護2

法人でサービス提供している事業に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護老人福祉施設(定員 名) 2. 短期入所生活介護 単独・併設 (定員 名)
3. 通所介護事業(定員 名) 4. 養護(定員 名) 5. 軽費 A・B(定員 名)
6. ケアハウス (定員 名、特定施設入所者生活介護 有・無)
7. 地域密着型サービス () 8. その他 ()

① 分科会テーマについての施設・事業所の取り組みや課題等をお書きください。

--

② 施設・事業所の特徴やアピールポイント、実践内容、また、全国・道老施協への提言等をお書きください。

--

*御記入いただいた個人情報とは当該カントリーミーティングの運営及び資料作成にのみ使用いたします。また参加申込書に記載された情報をもとに作成した参加者名簿と、アンケートに御記入いただいたご意見については、取りまとめの上、当日資料として参加者の皆様へ配布させていただきます。

北海道老施協事務局 行

返信先 : Fax 011-280-3162

※10月5日(金)必着