

平成26年 5月吉日

会 員 各 位

各務原市介護保険サービス事業者協議会
会 長 稲 垣 光 晴

平成 27 年度 総会・研修会の開催について (ご案内)

平素は、当協議会の運営に対しまして、ご理解、ご協力を賜り厚くお礼申しあげます。

さて、市介護保険サービス事業者協議会の総会・研修会を下記のとおり開催いたしますので、大変お忙しい時期とは存じますが、是非ともご出席賜りますようようご案内申しあげます。

なお、総会にご欠席される場合には、別紙「委任状」と、総会・研修会に参加される場合には、「総会・研修会参加申込書」を **平成27年6月1日(月)**までに事務局へご提出いただきますようよろしくお願い申しあげます。

記

1. 日 時 : 平成27年 6月6日(土曜日) 総会 午後1時～1時30分
研修会 午後1時30分～3時30分
2. 場 所 : 蘇原コミュニティーセンター集会室
(各務原市蘇原野口町1丁目 蘇原第一小学校南)
3. 内 容 : <総会>
①平成26年度 事業報告並びに決算について
②平成26年度 事業計画(案)並びに予算(案)について
<研修会>
テーマ「認知症の摂食・嚥下リハビリテーション」
大阪大学歯学部付属病院 顎口腔機能治療部 医長 野原幹司先生
なお研修会は各務原市歯科医師会様と共催で行います。
4. その他 :

《事務局》

〒504-0912 各務原市那加桜町2丁目163番地
(各務原市社会福祉協議会内)

電 話 058-383-7623 fax058-382-3233

メー ル shakyo@chive.ocn.ne.jp

担 当 足立・

委 任 状

私は、平成27年6月6日(土曜日)に開催される「各務原市介護保険サービス事業者協議会総会」における議案及び審議について、一切の権限を議長に委任いたします。

平成27年 月 日

法人名

代表者

印

ご欠席される場合は、必要事項をご記入のうえ6月1日(月)までに郵送又はFAXにて、下記事務局へご送付いただきますようお願い申し上げます。

《事務局》

〒504-0912

各務原市那加桜町2丁目163番地

各務原市社会福祉協議会内

TEL 058-383-7623

FAX 058-382-3233

介護保険サービス事業者協議会 H27.6.6

総会・研修会参加申込書

法人名 _____

No	参加者氏名	所属	参加の場合は○印を	
			総会	研修会
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

※ 総会・研修会に参加される場合には、「総会・研修会参加申込書」を
平成 27 年 6 月 1 日(月)までに事務局へ送付してください。

≪事務局≫ 〒504-0912 各務原市那加桜町2丁目163番地 (各務原市社会福祉協議会内)
TEL 058-383-7623 FAX 058-382-3233 メール shakyo@chive.ocn.ne.jp
(担当:足立・)

蘇原コミュニティセンターのご案内

住所：〒504-0854 各務原市蘇原野口町 1-1-3

電話：058-382-2822

方位：北



方位：南

長時間駐車(MPC)は大駐車場 P2 へお願いします



蘇原 CC と駐車場 P1 約 10 台



大駐車場 P2 約 90 台

