

## 受講確認書

本事業所は、令和3年度集団指導資料の内容を確認し、書面による集団指導を受講しました。

サービス種類	居宅療養管理指導
区分	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤師
事業所名	
事業所番号	

受講者職名	
受講者氏名	

- 提出期限 令和3年9月30日（木）必着
- 提出方法 次のいずれかの方法により、提出してください。
  - ・メール [kaigo@city.kurume.fukuoka.jp](mailto:kaigo@city.kurume.fukuoka.jp)
  - ・FAX 0942-36-6845