

第 回 運営推進会議の合同開催について（送信票）

参考様式 3

- 各事業所 運営推進会議 関係者の皆様
- ・ 包括支援センター（圏域： ）担当 宛て
 - ・ 久留米市介護保険課 担当 宛て

令和 年 月 日
 [合同会議とりまとめ事業所]
 サービス種別 ●●●●●●●●●●
 事業所名 ●●●●●●●●●●
 管理者 ●● ●●
 担当者 ●● ●●
 TEL : ●●●●●●●●●● / FAX ●●●●●●●●●●

平素より大変お世話になっております。

さて、介護保険制度において、「指定地域密着型サービス」に位置づけられている事業所は、久留米市の条例により、事業の運営に当たり、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図ることが規定されています。また、運営推進会議を設置し、事業所の活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けることが規定されています。

このたび、運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所による合同の運営推進会議を開催いたします。下記のとおりご案内をさせていただきますので、ご多用中恐縮に存じますが、お繰り合わせのうえご出席いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 日時	令和 年 月 日 ●● : ●●～ (約●●分程度)
2. 場所	
3. 参加事業所	<ul style="list-style-type: none"> ● (サービス種別) 事業所名 ● (サービス種別) 事業所名 ● (サービス種別) 事業所名
4. 議案	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所の運営、活動状況についての報告 ● 行事報告及び行事計画等 ● 地域との連携、情報交換、ご意見及びご要望等 ● その他
5. その他	<ul style="list-style-type: none"> ● ご欠席の場合は、下記までご連絡ください。 ● 合同開催のため、通常の間催よりも所要時間が長くなっております。何卒ご了承ください。 ● 開催場所につきましては、別添の地図をご参照ください。
6. 担当者連絡先	事業所名 ●●●●●●●●●● 担当者 ●● ●● TEL : ●●●●●●●●●● / FAX ●●●●●●●●●●

以上、よろしくお願いいいたします。