



F A X 7 4 - 6 7 8 9

安城市高齢福祉課地域支援係 外山宛て（送付票不要）

貴部会から令和3年度地域包括ケア推進会議（月1回程度開催）の参加者（2名）の選出をお願いします。尚、この会議は認知症初期集中支援チーム検討委員会（年2回程度）及び安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会（随時）を兼ねて開催します。

参加者の氏名等を3月19日（金）までに高齢福祉課地域支援係宛てにメールまたはFAXでお知らせください。（郵送でも可）

部会名（ ）			
ふりがな 氏 名		役職名	
事業所名		職 種	
事業所所在地 または 住所	〒 安城市	電 話	
メールアドレス		FAX	
ふりがな 氏 名		役職名	
事業所名		職 種	
事業所所在地 または 住所	〒 安城市	電 話	
メールアドレス		FAX	

問い合わせ先

高齢福祉課地域支援係 電話 7 1 - 2 2 6 4 FAX 7 4 - 6 7 8 9

メールアドレス toyama-yoshimi@city.anjo.lg.jp