

締切 5 月 13 日必着

FAX 362-5277

一般社団法人神戸市ケアマネジャー連絡会宛

出欠確認票

会員番号 _____ (介護支援専門員番号と同じ)

氏名 _____

※5月13日(水)までに返信をお願いします。

※出欠(希望の有無)いずれかを○で囲んでください。

- | | | | |
|------------------|----------------|---|--------------------------------------|
| 1. 総会 | ご出席 | ・ | <input checked="" type="radio"/> ご欠席 |
| 2. 記念シンポジウム (中止) | ご出席 | ・ | ご欠席 |
| 3. 研修受講証明書 | 希 望 | ・ | 不 要 |

※ご欠席の場合には必ず、下記の「委任状」にご記入の上 FAX をお送りください。

※出席予定でも変更の可能性がある方は、委任状の提出にご協力ください。

※残念ながら今年度はシンポジウムと懇親会開催を見合わせています。

委 任 状

私は一般社団法人神戸市ケアマネジャー連絡会の令和2年度定時総会における、

下記の議事に議決等について、_____ 氏 (空欄の場合は議長)

に委任いたします。

令和2年 月 日 会員番号 _____

(介護支援専門員番号と同じ)

氏名 (自筆署名) _____ 印