

※令和2年5月22日までにご報告願います。

報告先：流山市役所健康福祉部介護支援課介護地域支援係

FAX：04-7159-5055

令和 年 月 日

委員氏名

令和2年度第1回流山市地域密着型サービス運営協議会

書面意見確認書

下記の事項について「意見あり」または「意見なし」にレ点を記入してください。意見ありの場合は意見の記入をお願いします。

記

1 特別養護老人ホーム春の苑の指定更新について

☐ 意見あり

☐ 意見なし

(意見)

2 デイサービス歩の指定更新について

☐ 意見あり

☐ 意見なし

(意見)

3 多機能ホーム春の苑の指定更新について

☐ 意見あり

☐ 意見なし

(意見)

以上です。ご回答ありがとうございました。