**返 送 先 （千葉市役所 介護保険管理課 業務班あて）**

**ＦＡＸ：０４３－２４５－５６２３**

**または、E-mail：** [**kaigohokenkanri.HWS@city.chiba.lg.jp**](mailto:kaigohokenkanri.HWS@city.chiba.lg.jp)

**提出期限 令和６年１月２４日（水）**

**「千葉市 介護保険住宅改修費 受領委任払取扱事業所 登録更新説明会兼研修会」**

**開催日時：令和６年２月８日（木）午後２時～３時**

回 答 欄

更新を希望する □　　更新を希望しない □

※１　どちらかに「☑」をつけてください。

※２　下記に、回答者の情報をご記入ください。

※３　更新を希望する場合、説明会当日この「事前回答書」を持参いただき、受付でお見せください。

【事業所の概要】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 事業所  名　称 |  | | |
| 事業所  所在地 | 〒　　　－ | | |
| 登録番号 |  | 代表者職氏名 |  |

※登録番号は「介護保険住宅改修費受領委任払取扱登録事業者可否決定通知書」をご確認ください。

【更新説明会兼研修会参加者・連絡先】※更新希望事業所のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 役職名・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

　〇令和6年２月９日（金）午前１０時～１１時に参加日時を変更できる場合、変更を希望しますか？

はい　　　・　　　いいえ

※2月９日（金）からの2月8日（木）への参加日時変更希望の状況によっては、変更できない場合もございます。

**返 送 先 （千葉市役所 介護保険管理課 業務班あて）**

**ＦＡＸ：０４３－２４５－５６２３**

**または、E-mail：** [**kaigohokenkanri.HWS@city.chiba.lg.jp**](mailto:kaigohokenkanri.HWS@city.chiba.lg.jp)

**提出期限 令和６年１月２４日（水）**

**「千葉市 介護保険住宅改修費 受領委任払取扱事業所 登録更新説明会兼研修会」**

**開催日時：令和６年２月９日（金）午前１０時～１１時**

回 答 欄

更新を希望する □　　更新を希望しない □

※１　どちらかに「☑」をつけてください。

※２　下記に、回答者の情報をご記入ください。

※３　更新を希望する場合、説明会当日この「事前回答書」を持参いただき、受付でお見せください。

【事業所の概要】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 事業所  名　称 |  | | |
| 事業所  所在地 | 〒　　　－ | | |
| 登録番号 |  | 代表者職氏名 |  |

※登録番号は「介護保険住宅改修費受領委任払取扱登録事業者可否決定通知書」をご確認ください。

【更新説明会兼研修会参加者・連絡先】※更新希望事業所のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 役職名・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

　〇令和6年２月８日（木）午後２時～３時に参加日時を変更できる場合、変更を希望しますか？

はい　　　・　　　いいえ

※2月８日（木）からの2月９日（金）への参加日時変更希望の状況によっては、変更できない場合もございます。