FAX送信　０１７－７２３－１３９４　／　地域福祉課　近藤　行

**令和４年８月１９日（金）開催**

**令和４年度 日常生活自立支援事業 関係機関連絡会議**

**参加申込書**

所 属 名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| ZoomURL送付用  メールアドレス |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 出席者氏名 | 役職名 | 備　考 |
|
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

【質問】

1. 日常生活自立支援事業を知っていますか。いずれかに✔を付けてください。

□知っており利用したことがある　□知っているが利用したことはない　□知らない

1. 身体機能の低下により、金銭管理を自分で行うのが難しい方がいた場合、どのような対応を

されていますか。

1. 日常生活自立支援事業への要望・質問等を、自由に御記入ください。

※参加申込書に記載された内容は、本会議の運営に関することのみに使用します。

締切：令和４年８月１０日（水）