

《事業所会員用》

提出先:	大牟田市介護支援専門員連絡協議会事務局(大牟田市福祉課)行		
FAX:	0944-41-2662	送 信 元	(事業所名)
電話:	0944-85-0470		
要件:	令和7年度 大牟田市介護支援専門員連絡協議会総会の出席について		

令和7年度 大牟田市介護支援専門員連絡協議会  
**総 会**  
(令和7年5月1日開催)

出 席 ・ 欠 席

(いずれかを丸で囲んでください)

事業所会員として出席される方のお名前 \_\_\_\_\_

事業所名 ( \_\_\_\_\_ )

※ 欠席の場合、委任状に記入してください。

**委 任 状**

令和 年 月 日

私 \_\_\_\_\_ (事業所名: \_\_\_\_\_) は、

\_\_\_\_\_ を代理人に定め、総会議案の議決権を委任します。

※ 4月25日(金)までにご返信願います。

総会資料はホームページに掲載します。事前のご確認をよろしく願います。

※大牟田市介護支援専門員連絡協議会 ホームページ

□URL <https://omuta-cm.net>