令和　　年　　月　　日

水戸市介護保険課管理係あて

事業所名

記入者

連絡先電話番号

**令和６年度　介護・医療連携推進会議開催計画書**

令和６年度の介護・医療連携推進会議については,下表のとおり開催する予定です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 日  (※１) | 曜日  (※２) | 開催時間(※３) | 備考 |
| １ |  |  | 曜日 | 午前・後　時　分～午前・後　時　分 |  |
| ２ |  |  | 曜日 | 午前・後　時　分～午前・後　時　分 |  |

※１：日にちが確定していない場合は，「第３週又は第４週」などと記入し，不確定の場合は「未定」と記入してください。

※２：曜日が確定していない場合は，「木曜日又は金曜日」などと記入し，不確定の場合は「未定」と記入してください。できる限り平日日中に開催されるよう御配慮をお願いします。

※３：時間が確定していない場合は，「午前」や「午後」などと記入し，不確定の場合は「未定」と記入してください。