

# 鳥栖地区介護支援専門員協議会 総会・研修会 出欠回答票

(コピーして一人一枚ずつ提出してください。欠席の方も必ず提出をお願いします)

事業所名	
氏名	
鳥栖地区介護支援専門員協議会への加入は 新規 ・ 継続 です (○で囲んでください)	

- 1 2019年度の総会・研修会に **参加** します
- 2 2019年度の総会・研修会を **欠席** します  
( 下記委任状をご記入ください )

---

## 委 任 状

鳥栖地区介護支援専門員協議会 様

私は、 \_\_\_\_\_ 様を代理人と定め、2019年度鳥栖地区  
介護支援専門員協議会総会に於ける決議に関する一切の権限を委任いたします

氏 名  
(自署)

Ⓜ

\*代理人の指定がない場合は、議長に議決権を一任したものとみなします  
\*印影で結構ですので捺印しファックスして下さい

※ 準備の都合がありますので、**2019年5月9日(木)**までに必ずファックスにて回答ください

※総会や会費についてのお尋ねは下記事務局まで原則ファックスでお願いします

回答先:鳥栖地区介護支援専門員協議会事務局

〒841-0035鳥栖市東町1丁目1020番地 東町わたや薬局内 担当 松雪

TEL:0942-81-3039

FAX:0942-81-3053