第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**介護認定審査会開催通知書**

以下のとおり、介護認定審査会を開催いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 |  |
| 会場 |  |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |