

10.11

島 経 協 発 第 6 号

令和 4 年 10 月 6 日

特定非営利活動法人

島根県介護支援専門員協会

理事長 石 飛 智 朗 様

島根県経口摂取支援協議会

議長 清 水 潤



令和 4 年度 第 2 回 島根県経口摂取支援協議会について（ご案内）

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、本協議会運営につきまして格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記協議会を下記の日程にて開催いたしますのでご案内いたします。

つきましては、貴団体よりご担当者様のご派遣を賜わりたく存じますので、ご高配の程をよろしくお願い申し上げます。

大変お手数ですが、ご出席者等につきまして、別紙回答票にてご回報下さいますようお願いいたします。

謹白

記

1. 日 時 令和 4 年 11 月 6 日（日）12 時 30 分から
※経口摂取支援研修会終了後の開催となります。
2. 開催方法 web 会議（Webex 使用）
3. 内 容 会則の改正について、令和 5 年度研修会について 等

【連 絡 先】

島根県経口摂取支援協議会

一般社団法人島根県歯科医師会 事務局 佐原

〒690-0884 松江市南田町 141-9

電話・FAX 番号 0852-24-2725・0852-31-0198

Email: sahara@shimane-da.or.jp

〔FAX 0852-31-0198 / sahara@shimane-da.or.jp 〕

令和 4 年度 第 2 回島根県経口摂取支援協議会（11 月 6 日）

出 欠 回 答 票

貴団体名 _____

出席者名および役職 _____

（担当者名および役職） _____

※ 出席者と担当者が同一の場合には、（担当者名）への記入は不要です。

令和 4 年 10 月 22 日までに

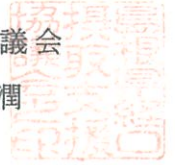
FAX または、[メール sahara@shimane-da.or.jp](mailto:sahara@shimane-da.or.jp) にて、お知らせください。

令和 4 年 10 月 6 日

経口摂取支援協議会加盟団体長様

島根県経口摂取支援協議会

議長 清 水 潤



令和 4 年度経口摂取支援協議会会費の納入について

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より本協議会の運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和 4 年度会費（5,000 円）を別紙のとおりご請求申し上げますので、ご査収の上宜しくご手配を賜りますようお願い申し上げます。

ご多繁のところ恐縮ですが、11 月 7 日(月)までに下記口座へお振込みいただきますよう
何卒宜しく願い申し上げます。

謹白

記

(添付書類) 令和 4 年度分会費請求書 1 枚

(振込先) 山陰合同銀行 北支店

店 番 号 : 0 0 2

口座番号 : 普通預金 3 9 3 6 8 1 2

しまねけんけいこうせつしゅしえんきょうぎかい
名 義 人 : 島根県経口摂取支援協議会

※お振込手数料は貴団体ご負担で、お願い申し上げます。

【連 絡 先】

島根県経口摂取支援協議会

事務局: 一般社団法人 島根県歯科医師会(担当: 佐原)

〒690-0884 島根県松江市南田町 141-9

電 話 (0852) - 24 - 2725

F A X (0852) - 31 - 0198