

2 小長第 1 3 1 8 号
令和 2 年 1 1 月 1 1 日

小郡三井医師会

会長 島田 昇二郎 殿

小郡市長 加 地 良 光
(長寿支援課介護保険係)

第 1 2 期小郡市介護認定審査会委員の推薦依頼について

向寒の候、貴会におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
また、日頃より小郡市介護保険事業の向上につきまして、ご協力賜りありがとうございます。
ございます。

さて、下記のとおり第 1 2 期の介護認定審査会委員を、引き続き貴会からご参画
いただきますようお願い申し上げます。また、ご本人様の同意書も同封致しており
ますので、公私とも大変お忙しい事とは存じますが、令和 3 年 1 月 8 日 (金) まで
にご回答頂きますようよろしくお願い申し上げます。

なお、新年度の審査委員の皆様に対しての研修会を、令和 3 年 2 月に予定してい
ますので、後日詳細について案内文を送付いたします。

記

1. 推薦いただきたい方 医師 1 2 名 (現委員の再推薦可能です)
※第 6 合議体は、審査件数に応じて不定期に年 8 回程度開催される合議体です。
可能な範囲で経験された方をお願いします。
2. 任期 令和 3 年 4 月 1 日～令和 5 年 3 月 3 1 日
3. 同封書類
 - ①第 1 2 期小郡市介護認定審査会委員推薦書
 - ②第 1 2 期小郡市介護認定審査会委員同意書
 - ③小郡市介護認定審査会について
 - ④小郡市介護認定審査会構成図

【連絡先】

小郡市長寿支援課介護保険係
担当：丸山
電話：7 2 - 2 1 1 1 (内線 4 5 2)