令和４年　　月　　日

　紀の川市高齢介護課　宛

事業所名：

代表者氏名：

担当者氏名連絡先：

（ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　）

**令和３年度　集団指導について**

下記のとおり、視聴報告書を提出します。

記

※区分ごとに提出をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業区分**  **※☑ 及び〇** | □ 介護予防（ 訪問 ・ 通所 ）介護相当サービス  □ （ 訪問 ・ 通所 ）型サービスＡ  □ （ 訪問 ・ 通所 ）型サービスＣ | |
| **職種区分**  **※提出人数を記入** | □ 管理者（　　　　名） | |
| 訪問相当  サービス提供責任者（　　　　名）  介護職員 　　（　　　　名） | 通所相当  生活相談員 （　　　　　名）  機能訓練指導員（　　　　　名）  看護職員 （　　　　　名）  介護職員 （　　　　　名） |
| 訪問Ａ  訪問事業責任者 （　　　　　名）  介護職員 （　　　　　名） | 通所Ａ  介護職員 （　　　　　名） |
| 訪問Ｃ  専門職　　 　（　　　　　名） | 通所Ｃ  専門職　　　 （　　　　　名） |

**提出先（持参・郵送・メール）**

紀の川市高齢介護課総合事業班　田村・小西・揚戸

MAIL:tamura-023@city.kinokawa.lg.jp

住所：〒649-6492　和歌山県紀の川市西大井338番地

□書類を受け取った旨の連絡をください。