

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○ | <input type="checkbox"/> 介護予防（訪問・通所）介護相当サービス <input type="checkbox"/> （訪問・通所）型サービスA <input type="checkbox"/> （訪問・通所）型サービスC | |
| 職種区分 ※提出人数 を記入 | <input type="checkbox"/> 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。