令和　　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５年度　集団指導　視聴報告書について**

下記のとおり、視聴した人数を報告し、別紙視聴報告書を提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別****※☑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※一体的に実施していれば両方に **☑** |
| **職種区分****※視聴した人数を記入** | □ 管理者（　　　　名） |
| 訪問相当・訪問Ａ□サービス提供責任者（ 名）（訪問事業責任者）□介護職員/従事者 （ 名） | 通所相当・通所Ａ□生活相談員 （ 名）□機能訓練指導員 （ 名）□看護職員 （ 名）□介護職員／従事者 （ 名） |

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別****※☑及び〇** | □ （ 訪問 ・ 通所 ）型サービスＣ |
| **職種区分****※視聴した人数を記入** | □ 管理者（　　　　名） |
| 訪問Ｃ□専門職　　　　 （　　　　名） | 通所Ｃ□専門職　　　　 （　　　　名） |

**※すべての職種の方にご視聴いただき、管理者及び職員代表１名が意見を取りまとめ、別紙視聴報告書を作成し提出してください。**

**提出先（持参・郵送・メール・ＦＡＸ）**

紀の川市高齢介護課総合事業班　揚戸・園部・若林

住所：〒649-6492　和歌山県紀の川市西大井338番地

MAIL: k070600-001@city.kinokawa.lg.jp

FAX：0736-79-3926

**● 視聴報告書**

**職 種　　　　　　　　　　　　　　氏 名**

1. 今回の集団指導を視聴した感想をお書きください。（現状の課題等）

|  |
| --- |
|  |

2. （通所系サービス従事者の方にお聞きします。）

自立支援型介護予防通所介護認定事業について感じたことをお書きください。

|  |
| --- |
| ≪お書きください≫ |

3. 市常駐のリハビリ専門職の活用法がわかった　（　はい　・　いいえ　）

|  |
| --- |
| ≪理由をお書きください≫ |

4. その他、お気づきの点やご意見があればお書きください。

|  |
| --- |
|  |

提出期限：令和　６年　３月　３１日