

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○	<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 ※一体的に実施していれば両方に <input checked="" type="checkbox"/>	
職種区分 ※視聴した 人数を記入	<input type="checkbox"/> 管理者（ 名）	
	訪問相当・訪問A <input type="checkbox"/> サービス提供責任者（ 名） （訪問事業責任者）	通所相当・通所A <input type="checkbox"/> 生活相談員（ 名） <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員（ 名） <input type="checkbox"/> 看護職員（ 名） <input type="checkbox"/> 介護職員/従事者（ 名）
	<input type="checkbox"/> 介護職員/従事者（ 名）	<input type="checkbox"/> 介護職員/従事者（ 名）

サービス種別 ※☑及び○	<input type="checkbox"/> （訪問・通所）型サービスC	
職種区分 ※視聴した 人数を記入	<input type="checkbox"/> 管理者（ 名）	
	訪問C <input type="checkbox"/> 専門職（ 名）	通所C <input type="checkbox"/> 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