別紙

記入日　令和元年　　月　　日

各務原市介護保険課施設指導係　信田　あて

（ＦＡＸ　058-383-6365　　メール　kaigo@city.kakamigahara.gifu.jp）

令和元年度「誤えん事故の防止対策」セミナー出席報告

サービス種別（いずれかに〇をお願いします）			
	地域包括支援センター		定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	居宅介護支援		地域密着型通所介護
	訪問介護		認知症対応型通所介護
	訪問入浴		小規模多機能型居宅介護
	訪問看護		認知症対応型共同生活介護
	通所介護		地域密着型特定施設入居者生活介護
	通所リハビリテーション		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	短期入所生活介護		介護老人福祉施設
	短期入所療養介護		介護老人保健施設
	特定施設入居者生活介護		介護療養型医療施設
	福祉用具貸与		その他事業所・施設 （　　　　　　　　　　　　）
	特定福祉用具販売		

職　種（基準に基づき配置されているもの）（いずれかに〇をお願いします）			
	主任介護支援専門員		計画作成担当者
	介護支援専門員		福祉用具専門相談員
	管理者		訪問介護員
	生活相談員・支援相談員		機能訓練指導員
	サービス提供責任者		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
	看護師・准看護師		その他 （　　　　　　　　　　　　）
	介護職員		

事業所名	
参加者氏名	
連絡先	TEL（　　　　）　　　ー

※　提出期限　令和元年１２月２３日（月）

同一事業所より複数名ご出席の場合は、それぞれの職名等が判るように明記願います。