令和５年度大崎市介護サービス事業者集団指導　受講確認票

この受講確認票をご提出いただくことで、受講の有無を確認させていただきます。

大崎市公式ウェブサイト掲載資料をご確認後、以下の項目を**事業所ごと**に記入の上、高齢障がい福祉課介護保険担当までご提出ください。【令和５年１２月２８日（木）締切】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 管理者名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| サービス種別（該当番号に〇を付けてください。）**１つの事業所で**複数のサービスを実施している場合は全てに〇を付けてください。 |
| 1.定期巡回・随時対応型訪問介護看護2.地域密着型通所介護3.認知症対応型通所介護4.介護予防認知症対応型通所介護5.小規模多機能型居宅介護6.介護予防小規模多機能型居宅介護7.認知症対応型共同生活介護8.介護予防認知症対応型生活介護 | 9.地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護10.看護小規模多機能型居宅介護事業所11.介護予防看護小規模多機能型居宅介護事業所12.居宅介護支援13.介護予防支援14.第1号訪問事業15.第1号通所事業（通所型サービスＡ含む）16.その他（　　　　　　　　　　　　） |

【受講確認について】※該当する項目に✓してください。

　１.集団指導について、全ての内容を確認しましたか。

　　□　はい　　　　　□　いいえ

　２.集団指導の内容について、従業者はどのような方法で確認しましたか。

　　□　管理者等代表者が閲覧し、必要に応じて他従業者に周知・共有

　　□　従業者が各自閲覧・確認

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【ご意見・ご質問等】

|  |
| --- |
|  |