※送り状は不要です

別紙１

|  |
| --- |
| ＜送信先＞  **E-mail　 kaigo@town.aomori-nanbu.lg.jp**  **FAX 0178-76-3904**  南部町福祉介護課  介護保険班　　　　三浦　　行 |

令和３年度第2回指定居宅介護支援事業所集団指導受講確認票

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |

集団指導の資料をご確認いただきありがとうございました。

1.今回の研修内容について気づき、参考になった点などを事業所内で取りまとめてご提出ください。(質問も可)

|  |
| --- |
| ①指定居宅介護支援事業所の実地指導及び留意事項について |
| ②給付実績を活用したケアプランの分析・検証について |
| ③自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントガイドラインについて |
| ④連絡事項・その他 |

2.介護保険事業の運営にあたり、各事業所に所属する主任介護支援専門員の皆様と連携を図るため、貴事業所に所属の主任介護支援専門員の氏名を教えてください。

|  |
| --- |
|  |

◆お手数ですが、4**月15日（金）までにメール又はファックスにてご報告**願います。