**事業所ごとに内容を記入し、当日受付に提出してください**

**平成31年度介護サービス事業者集団指導研修**

**当　日　受　付　票**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所メールアドレス　　　　　　(※１) |  |
| 出席者(※２) | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| サービス種別 (※３) |  | 定期巡回・随時対応型共同生活介護 |
|  | 地域密着型通所介護 |
|  | 認知症対応型通所介護 |
|  | 小規模多機能型居宅介護 |
|  | 認知症対応型共同生活介護 |
|  | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
|  | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
|  | 居宅介護支援 |

(※１)　なるべく担当者のメールアドレスではなく事業所全体のメールアドレスを記入してください。

(※２)　複数人出席の場合には，複数人の役職と氏名を記入してください。

(※３)　該当サービスに○をしてください。