**令和７年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（第１期）事前課題**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 | ２５Ｆ |
| 氏名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所等種類  ※該当箇所に○ | １．小規模多機能型居宅介護　　２．複合型サービス  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

１．計画作成担当者として持っている、課題や問題意識等をご記入ください。

　　（就任前の方は課題になるであろうと考えていることをご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

２．講義の中で取り上げてほしいこと、聞いてみたいこと等がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**【留意事項】**

**研修時間の都合上、ご記入いただいた全ての内容を取り上げることができない場合が**

**ございますので、予めご了承ください。**

**【提出期限】　令和７年８月22日（金）までにFAXまたはメールにて提出してください。**

**※メール添付の場合、ファイル名に受講番号または氏名を入れてください**

[送付先]　　一般社団法人長野県認知症介護指導者会　事務局

**Fax:0268-71-6756 / e-mail:info@nagano-careshidousha.net**