令和３年１１月１７日実施

受講番号　　　　　　　　受講者氏名

このシートは受講評価の対象としますので、研修内容を振り返り（例：印象に残ったこと、分かったこと、分からなかったこと、出来ること、出来なさそうなことなど）記入し提出してください。

カリキュラム名：小規模多機能のケアマネジメントについて　　　　　　　　　講師名：阿部　真也　氏

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

カリキュラム名：居宅サービス計画（居宅介護支援計画）及び

小規模多機能型居宅介護計画の作成の実際について　　　講師名：山川　淳司　氏

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |