

14 施設サービス担当者会議の要点 (1 / 1)

受講する研修： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
---	--------	-------	--------	-------------------------------

開催日		開催場所		開催時間		開催回数	回
会議出席者	所 属（職種）	氏 名	所 属（職種）	氏 名	所 属（職種）	氏 名	
利用者・家族の出席 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄：)							
検討した項目							
検討内容							
結論							
残された課題							
次回の開催時期							

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B 区在住、C 居宅介護支援事業所…等)を使用してください。

2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)

3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。