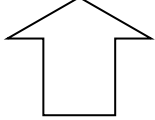


※受講申込書と一緒に送って下さい。



送信先：大分県社会福祉介護研修センター

FAX: 097-552-6868

令和4年度 社会福祉施設等給食担当職員研修会 《管理栄養士・栄養士コース》事前アンケート

Q1：あなたが勤務している施設種別及び職種について該当するものに○印をしてください。

特別養護老人施設 ・ 老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ 介護療養型施設 ・
グループホーム ・ その他（ ）

障がい施設（身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 児童）

管理栄養士 ・ 栄養士 ・ その他（ ）

Q2：現在取り組んでいる内容はどれですか？該当するもの全てに○印をしてください。

施設サービス 栄養マネジメント ・ 経口移行 ・ 経口維持 ・ 療養食

Q3：平成30年度以降、加算を算定しましたか？

はい ・ いいえ

↓ 加算の算定をした方は該当するものに○印をお願いします。

施設サービス 栄養マネジメント ・ 経口移行 ・ 経口維持 ・ 療養食

居宅サービス スクリーニング加算 ・ 栄養改善加算

Q4：栄養プランの作成・説明に関して気になることがあれば記入してください。

Q5：その他悩んでいることや講師に質問したいことがあれば記入してください。

※アンケートへのご協力ありがとうございました。アンケートへ記載された内容は研修の参考とさせていただくため、講師へ提供させていただきます。