

# 令和3年度サービス計画作成者担当者研修(応用課程)

## 事前のアンケート

事業所( 通所介護・訪問介護 )

コース( 実践・聴講 )

名前( )

※以下の質問事項を記入してください。(講師が参考にします。)

●あなたが介護予防・自立支援として現場で利用者さんの支援にあたる中で困っていることは何ですか?具体的に記入してください。(複数可)

★項目 (例 栄養・運動・生活機能・認知症・口腔・言語聴覚障害など)

★内容 (例 ○○のため、糖尿病食の工夫について○○に困っている。)

項目	内容

○ご記入後、受講申込書と一緒にファックスにて送信してください。(送信票不要)

**締め切り:6月18日(金) 17:00**

大分県社会福祉介護研修センター  
介護研修・総合相談部 石橋宛  
FAX : 097-552-6868