|  |
| --- |
| 【報告方法】  〇「いばらき電子申請・届出サービス」での申請ができない場合は、本報告書を郵送によりご提出下さい。（茨城県福祉部長寿福祉課 介護保険指導・監査あて）  〇複数の事業所を運営している法人は、各事業所ごとに報告書の提出をお願いします。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | |
| サービス種別（該当に☑） | 居宅サービス | | □訪問介護  □（介護予防）訪問入浴  □（介護予防）訪問看護  □（介護要望）訪問リハ  □（介護予防）居宅療養管理  □通所介護 | | | | □（介護予防）通所リハ  □（介護予防）短期入所生活  □（介護予防）短期入所療養  □（介護予防）福祉用具貸与  □（介護予防）福祉用具販売  □（介護予防）特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 施設サービス | | □介護老人福祉施設  □介護老人保健施設  □介護医療院 | | | | | | | | |
| 確認事項（１） | 令和７年度介護保険施設管理者研修会の研修資料の内容を確認しましたか。   * 確認した | | | | | | | | | | |
| 確認事項（２） | 令和７年度介護保険施設管理者研修会の研修資料の内容を、事業所内の関係職員に周知しましたか。   * 周知した | | | | | | | | | | |
| 確認事項（３） | 研修の理解度について、次の選択肢の中から最も近いものをお選びください。  □ よく理解できた  □ だいたい理解できた  □ あまり理解できなかった  □ ほとんど理解できなかった | | | | | | | | | | |