**令和６年度甲府市介護サービス事業者等集団指導**

出席票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出 席 日  ※右のいずれかに〇をつけてください | | | | | | | | | | | | 6月3日(月) / 6月5日(水)  6月7日(金) /6月10日(月) | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | 事業所名 | | |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| 事業所  所在地 | | | 甲府市 | | | | | | | | | | |
| サービス種別（介護予防含む）※指定を受けている全てのサービスに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| ・**居宅サービス**  訪問介護　　訪問入浴介護　　訪問看護　　訪問リハビリテーション　　居宅療養管理指導  通所介護　　通所リハビリテーション　　　短期入所生活介護　　　　　短期入所療養介護  特定施設入居者生活介護　　　　　　　　　福祉用具貸与 　　 　　　　特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | |
| **・地域密着型サービス**  定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　夜間対応型訪問介護  地域密着型通所介護　　　　　　　　　認知症対応型通所介護　　　　小規模多機能型居宅介護  認知症対応型共同生活介護　　　　　　地域密着型特定施設入居者生活介護  地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　　　　看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | |
| **・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 | | | | | | | | | | | | | |
| **・居宅介護支援事業所** | | | | | | | | | | | |  | |
| **・介護予防・日常生活支援総合事業**第一号訪問事業　　　　第一号通所事業 | | | | | | | | | | | | | |
| **出席者職・氏名** | | | | |  | | | | | | | | |
| **連絡先電話番号** | | | | |  | | | | | | | | |
| **連絡先Email** | | | | |  | | | | | | | | |
| **当日の体温** | | | | | **℃** | | | | | **風邪の症状等** | | | **有　・　無** |

**＜記入時の注意事項＞**

・**集団指導当日に受付にてご提出願います。**

・事業所名、事業所番号、サービス種別、出席者名等をご記入下さい。

・併設の事業所等を代表してご出席される場合は、**全ての事業所番号、事業所名、サービス種別等**をご記入ください。

・発熱、または風邪の症状等がある方はご来場をお控えください。

・出席者は事業所ごとに原則１名としてください。

お問い合わせ先

甲府市福祉保健部指導監査課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡０５５－２２３－７０５６

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX０５５－２２８－４８８９