提出期限　令和７年３月３日

提出先　　滝沢市福祉部高齢者福祉課（担当　畠山）

ＦＡＸ:０１９－６８７－４３１８

メール:kourei@city.takizawa.iwate.jp

令和６年度滝沢市介護保険施設等集団指導受講確認票

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス種別（市から指定を受けているサービス） | ・地域密着型通所介護　・（介護予防）認知症対応型通所介護・（介護予防）認知症対応型共同生活介護・（介護予防）小規模多機能型居宅介護・居宅介護支援　　　　・介護予防支援事業所・旧基準通所サービス（総合事業）・旧基準訪問サービス（総合事業） |
| 確認者 | 役職名・職種等 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 資料内容確認日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

**１．出席確認**

**２．介護人材確保について**

|  |
| --- |
| 事業所の人材確保の状況について、あてはまるものをお答えください。 |
| ①確保できている　②おおむね確保できている　③やや不足している　④不足している |
| 前問に③又は④と回答された場合、不足している職種をご記入ください。 |
|  |
| 介護人材確保についての現状や悩み等がありましたらご記入ください。 |
|  |

**３．その他**

|  |
| --- |
| 自由記載 |
|  |