|  |
| --- |
| 【提出期限】令和５年８月３１日（木）  【送付先】福島県保健福祉部　社会福祉課（事業所監査担当）  メール　fukushikansa@pref.fukushima.lg.jp  ⇒メール件名・添付ファイル名は「【施設等名】介護集団指導確認票」としてください。  FAX　　０２４－５２１－７９１７ |

**令和５年度介護保険事業者集団指導　確認票**

**１　介護保険事業所番号**

**２　法人名**

**３　施設等名**

**４　サービス種別**

**５　担当者**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

**６　確認事項**

（１）集団指導資料について、社会福祉課（監査担当）ホームページからダウンロードし、内容を確認しましたか。

□確認した

（２）運営基準自己点検シート・各種加算等自己点検シートにより自己点検を実施しましたか。

（自己点検シートは提出不要です。）

□はい　□いいえ　□後日実施する

（３）集団指導資料の理解度はいかがですか。

□理解できた　□おおむね理解できた　□わかりにくかった

|  |
| --- |
| （３）の理由等（該当資料） |

（４）集団指導研修動画の理解度はいかがですか。（資料１～３のみ）

□理解できた　□おおむね理解できた　□わかりにくかった

|  |
| --- |
| （４）の理由等（該当資料） |

（５）集団指導資料の内容は、今後の業務に活かせますか。

□大いに活かせる　□いくらか活かせる　□活かせない　□わからない

|  |
| --- |
| （５）の理由等（該当資料） |

（６）その他、ご意見等ありましたら記載してください。

|  |
| --- |
|  |