

## 職種別研修修了者確認表

事業所名	
------	--

サービス区分 ※該当番号に○	1	(介護予防)認知症対応型通所介護
	2	共用型(介護予防)認知症対応型通所介護
	3	(介護予防)認知症対応型共同生活介護
	4	(介護予防)小規模多機能型居宅介護

職 種	氏名	生年月日	修了した研修名	受講年度	備考
代 表 者					
管 理 者					
計画作成担当者	介護支援専門員				
	上記以外				

※(介護予防)認知症対応型通所介護および共用型(介護予防)認知症対応型通所介護については、管理者欄のみの記入で可。

※小規模多機能型居宅介護については、計画作成担当者欄の上記以外欄は記入不要。