|  |
| --- |
| 〇報告期日  令和8年１月16日（金）  〇報告方法  「ながの電子申請サービス（長野県）」での申請ができない場合、**サービス種別ごと**に、介護支援課サービス係までメールまたはFAXで提出してください。  ・電子メール送付先：kaigo-shien-s@pref.nagano.lg.jp  　※電子メールの場合は、メール標題に「【事業所名】集団指導に係る受講報告書の提出」と記載してください。  ・FAX送付先：026-235-7394 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 （事業者名） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | ２ | ０ | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  所在市町村 | ※中核市（長野市及び松本市）の所在事業所は各市へ受講報告をしてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス**（※1）** |  | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| サービス種別（該当に☑） （介護予防含） | 居宅サービス | | | 訪問介護  訪問入浴介護  訪問看護  訪問リハ  居宅療養管理指導  福祉用具貸与（販売） | | | | | 通所介護  通所リハ  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 | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 受講した研修方式について | 研修方式  （該当に☑） | | | 集合形式（□松本会場　□長野会場）  動画視聴（YouTube）＋資料の閲覧 | | | | | | | | | | |
| 事業所内での  周知状況に  ついて | 周知の有無  （該当に☑） | | | 集団指導の動画や資料を従業員等に周知した（予定がある）  集団指導の動画や資料を従業員等に周知していない（予定がない） | | | | | | | | | | |
| 上記で「周知していない（予定がない）」と回答された方は、理由をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 集団指導の  内容について | 理解度  （該当に☑） | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 上記で「あまり理解できなかった」「ほとんど理解できなかった」と回答された方は、その理由をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の開催方法について （該当に☑） | 次年度以降の開催方法の検討のため、受講形式について希望を伺います。 | | | | | | | | | | | | | |
| 集合形式  動画視聴形式  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| ご意見  ご要望 | 集団指導についてご意見やご要望があればご記入ください。  （例：集団指導で取り上げてほしいテーマ、重点的に解説してほしい項目など） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 集団指導の内容に係る質問 | 集団指導についてご質問があればサービス種別と質問内容をご記入ください。  （例：訪問介護　○○について） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

（※1）事業所メールアドレスの登録について

介護支援課では、厚生労働省や県から発出される通知等をメールで発信しております。これらの情報をお伝えするためメールアドレスの登録にご協力をお願いします。**登録するメールアドレスについては、管理者の変更等によりメールが届かなくなる場合がありますので個人アドレスではなく、可能な限り、事業所メールアドレスでのご登録をお願いします。**

記載いただいたメールアドレスについては、管轄の保健福祉事務所へも共有させていただきます。