

令和6年度集団指導 出席票

法人名											
事業所名											
事業所番号	4	0									※介護保険の事業所番号ではありません。注意してください。
事業所 所在市町村名											※政令市・中核市の事業所の参加はご遠慮ください。
出席者	職名					氏名					

出席日 (該当するものを○で囲ってください。)	9月19日(木)	9月20日(金)	9月24日(火)
	9月25日(水)	9月26日(木)	9月30日(月)
	10月1日(火)		

サービスの種類 (該当するものを○で囲ってください。)	(居宅訪問系)	(日中系・施設入所支援)	(共同生活援助)
	居宅介護	療養介護	共同生活援助
	重度訪問介護	生活介護	
	同行援護	短期入所	(児童系)
	行動援護	自立訓練(機能訓練)	児童発達支援センター
	自立生活援助	自立訓練(生活訓練)	児童発達支援
		就労移行支援	放課後等デイサービス
	(一般相談支援)	就労継続支援A型	居宅訪問型児童発達支援
	地域移行支援	就労継続支援B型	保育所等訪問支援
	地域定着支援	就労定着支援	医療型障害児入所施設
	施設入所支援 (障害者支援施設)	福祉型障害児入所施設	

※ 当日、必ず持参し、講義終了後に提出してください。

(開始前ではなく、終了後にご提出ください)

※ 1事業所につき、1枚の提出をお願いします。