**動画を視聴できず、資料確認により受講を行った施設は内容を記入し、下記まで郵送又はFAXで提出して下さい。**

**【郵送】**

**〒730-8586　広島市中区国泰寺町一丁目6番34号**

**広島市　健康福祉局　高齢福祉部　介護保険課　事業者指導係**

**【FAX】**

**082-504-2136　広島市　健康福祉局　高齢福祉部　介護保険課　事業者指導係**

**令和６年度広島市有料老人ホーム事業者集団指導**

**受　講　完　了　報　告　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 受講者氏名（職名） | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | TEL　（　　　　　　　）―　　　　　　　―　※記載内容に不備がある場合に連絡をさせて頂きます。 |
| アンケート | 研修の内容はいかがでしたか。１　良かった２　どちらとも言えない３　悪かった |
| 感想・ご意見 | 感想やご意見等があれば、記入してください。 |