**事業所の概要**

　以下の項目について必要事項を記入、または該当する番号に○をつけてください。

　このページ（「事業所の概要」）は、10月25日の研修会では配布しません。

【1】　事業所名

【2】　事業所の種別

１．訪問介護 　　　 　 ２．訪問看護　 　 ３．通所介護

４．短期入所（療養）生活介護　 ５．小規模多機能型居宅介護

６．認知症対応型共同生活介護　　　　　　７．介護老人福祉施設（特養）

８．介護老人保健施設（老健）　　 ９．介護療養型医療施設

10．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【3】　在籍利用者数

　　　　　　　　名

回答した月の1日現在における在籍利用者数を記入してください。

【4】　職員数

　　　　　　　　名

回答した月の1日現在における、介護職員数（常勤）

回答した月の1日現在における介護職員数

　　　　　　　　名

（パートまたは不定期雇用(常勤以外)）

【5】　10月25日の研修会で、特に学びたいと考えているテーマについて自由に記入してください。