

(様式2)

宮崎県認知症介護指導者派遣 実施報告書

宮崎県医療・介護連携推進室長 殿

報告者 団体の名称：

代表者氏名：

下記のとおり実施したので、報告します。

記

テーマ		
実施日時	年 月 日() 時 分～ 時 分	
実施場所		
対象団体(代表者)及び参加者数	団体名称等： 参加者人数： 名	
派遣指導者の氏名		
満足度 ※該当する番号を○で囲み、その理由を記入してください。	1 満足であった 2 やや満足であった 3 どちらでもない 4 やや不満足であった 5 不満足であった	理由
その他意見		