

# 送 信 票

○送信先:岡山県備中保健所井笠支所 地域保健班 あて

FAX (0865)63-5750

Mail ikasa-hoken@pref.okayama.lg.jp

※研修終了後1ヵ月以内の報告をお願いします。

## 連携シート「むすびの和」活用のための研修（報告）

報 告 者	所 属	
	氏 名	
	連絡先 (電話番号)	

研修主催者	例1)〇〇法人△△△会 例2)□□□□サービス事業所		
研修日	年 月 日		
研修場所			
対象者	例1)〇〇法人◎◎◎施設職員 例2)□□□□サービス事業所職員		
参加者数	人		
内 容	<p>★連携シート「むすびの和(改訂版)」活用のための事例集の使用状況 →(当てはまる方へ☑)</p> <p><input type="checkbox"/>使用した → <table border="1"><tr><td>使用しての感想を御記入ください。</td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/>使用していない → <table border="1"><tr><td>使用媒体、研修形式等研修方法を御記入ください。</td></tr></table></p> <p>(その他、研修開催にあたり工夫した点、研修を開催しての所感等御記入ください。)</p>	使用しての感想を御記入ください。	使用媒体、研修形式等研修方法を御記入ください。
使用しての感想を御記入ください。			
使用媒体、研修形式等研修方法を御記入ください。			