

令和（ ）年度 【自施設・他施設開催】感染対策研修会実施記録

認定番号	
施設名	
氏名	

1	開催日時	令和 年 月 日 ()						
2	会場							
3	研修会名							
4	研修内容	実技 あり（内容 ） ・ なし						
5	研修講師							
6	参加人数							
7	参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名	
		医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名	
		ケアマネージャー	名		名		名	
8	あなたの行った役割	(例) 開催の企画・進行等						
9	学んだこと							

※参加後 1 か月以内に提出する事

確認者サイン（※受講者は記載不要）