

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 ()						
2 ラウンド会場施設							
3 感染対策向上加算連携 の外部施設か	そうである そうでない						
4 外部施設名							
5 自施設 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	名		名		名	
	ジャー	名		名		名	
6 外部施設 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	名		名		名	
	ジャー	名		名		名	
7 ラウンドを 行った箇所	(例) トイレ・浴室等						
8 ラウンドの 指摘点と改善点							
10 次回の開催予定	開催日時						
	会場						

※開催後 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)