別紙ファシリテーター記録

氏名

連絡先

主任介護支援専門員更新研修の受講要件に該当するファシリテーター記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 |  | |
| 研修名 |  | |
| 事前登録番号（主催者に確認してください） | |  |
| 開催日時 |  | |
| 開始時間　終了予定時間 |  | |
| ファシリテーションに要した時間（グループワークだけではなく必要とされる時間の合計） | | |
|  | | |
| 場所 |  | |
| 主催団体 |  | |
| 研修会中におけるファシリテートの内容  例）グループワークにおいて、どのように介入し進めることができたかなどを記載して下さい | | |
|  | | |

別紙で、企画書や、案内書などを添付してください

公益財団法人愛知県シルバーサービス振興会

一般社団法人愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会