

令和元年度九州ブロックカンントリーミーティング 【事前アンケート】

フリガナ		フリガナ	
氏名	男・女	法人名	
フリガナ		都道府県・市	職種・役職
施設名			経験年数 年 ヵ月
サービス提供している事業に○をつけて下さい。（複数回答可）			
1. 介護老人福祉施設（定員 名） 2. 短期入所生活介護 単独・併設（定員 名） 3. 通所介護事業（定員 名） 4. 養護（定員 名） 5. 軽費 A・B（定員 名） 6. ケアハウス（定員 名、特定施設入所者生活介護 有・無） 7. 地域密着型サービス（ ） 8. その他（ ）			
開催要項記載のパスワードの中で、自分が気になるパスワードを1つ又は2つ選び、自分の考えをお書きください。			
No.		パスワード名	
No.		パスワード名	

* このアンケートは当日資料として、参加者の皆様へ配布させていただきます。