平成30年度関東ブロックカントリーミーティング　【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	経験年数
施設名				年　　ヵ月

サービス提供している事業に〇をつけて下さい。（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（　　）

開催要項記載のバズワードの中で、自分が気になるバズワードを1つ又は2つ選び、「手がかりワード」を参考に自分の考えをお書きください。

No.		バズワード名	

No.		バズワード名	

＊　当日のディスカッションで使用しますので、記入してご持参ください。