

(様式4)

## 研 修 会 実 施 報 告 書

団体名： \_\_\_\_\_

研修会名	
日時	
場所	
講師（職名）	
参加人数	（参加者名簿を添付）
参加者内訳	※（ ）内に人数を記載してください Dr（ ） 歯科医師（ ） NS（ ） PT（ ） OT（ ） ST（ ） 薬剤師（ ） 栄養士（ ） 歯科衛生士（ ） 介護福祉士（ ） 介護職（ ） ケアマネ（ ） サ責（ ） 福祉用具（ ） その他（ ）
内容	

※参考となる資料があれば添付すること。