平成３０年度サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修

　【合同講義】**研修アンケート**

このアンケートは、研修終了後に提出してください。研修受講確認等のために使用します。アンケートの提出がない場合は、**研修を欠席したもの**と扱いますので、ご注意ください。

１　受講者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市区町村名 | 受講番号 | 氏　　　　名 | 事業所・施設名 |
|  |  |  |  |

２　研修アンケート

①　サービス管理責任者(又は児童発達支援管理責任者)として勤務していますか。

（○で囲んで、ご記入ください。）

・はい　【　　　年からサービス管理責任者(又は児童発達支援管理責任者)として勤務している】

・いいえ　【予定はある（今年度中・来年度以降）　・　予定はない　】

②研修についての感想（該当する欄に○を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | とてもよく理解できた | 理解  できた | どちらとも言えない | あまり理解できなかった | 理解できなかった |
| 障害者総合支援法・児童福祉法とサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の役割 |  |  |  |  |  |
| サービス提供のプロセスと管理 |  |  |  |  |  |
| サービス提供者と関係機関の連携 |  |  |  |  |  |

③その他、研修に関する御意見・御要望等がありましたら、ご記入ください。

ありがとうございました。研修アンケートは以上です。