

# 報告書

令和 年 月 日

足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター  
金原 一弘センター長殿

施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

1. 貸出期間 年 月 日 ～ 年 月 日

2. 研修報告

	手洗いチェック 対象者人数	実施人数	評価点
1回目評価	人	人	点
2回目評価	人	人	点

※評価点数は、総合点を実施者全員分合計し、実施者人数で割り、  
出た平均点を記入してください。

3. 感想