

手洗いチェッカー報告書

令和 年 月 日

足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター長殿

施設名（事業所名）

担当者名

電話番号

1. 貸出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

2. 研修報告

参加者の職種等

医師	(名)	看護職	(名)	福祉職	(名)
介護職	(名)	栄養士	(名)	調理職	(名)
事務職	(名)	その他	()	(名)	

	実施人数	平均点	最高点	最低点
1回目	名	点	点	点
2回目	名	点	点	点

3. 感想

ご報告ありがとうございました。