（様式2）受講要件②専用　　※1研修につき、1枚御提出ください。

研修受講記録

ふりがな 氏　名	

※受講した研修について御記入ください。

受講年月日	
研修名	
研修開催時間	（開始時間：　　時） （終了時間：　　時） （受講時間数：　　時間）※休憩時間は除いてください。
主催者名	※市町村や地域包括支援センター主催の研修の場合は、具体的に市町村名等を御記入ください。（例：「〇〇市」、「〇〇〇町地域包括支援センター」等）
研修対象者 （開催要綱等に記載されている対象者を御記入ください）	
テーマ	テーマ： ※ 該当する研修テーマの番号を〇で囲んでください。 1　ケアマネジメントの倫理的課題に対する支援 2　地域包括ケアシステムにおける主任介護支援専門員の役割 3　ターミナルケア 4　人材育成・業務管理 5　リスクマネジメント 6　地域援助技術 7　医療介護連携・多職種協働 8　対人援助監督指導（スーパービジョン） 9　事例検討・事例研究 10　権利擁護 11　その他　（　　）
研修の成果	※ 研修を受講した成果及び業務に活かしている点を、200字程度で記載してください。