◆役割確認表

・本用紙はご自身が行った役割を確認するものです。提出の必要はありません。

・各グループ内でそれぞれの役割を体験できるようにご活用ください。

・「事例提供者」「主任ケアマネ」「司会」「書記」を1人1回以上担当してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 指導 | 事例提供者 | 主任ケアマネ | 司会 | 書記 | 観察者 |
| 10日目指導 | 第1事例 |  |  |  |  |  |
| 第2事例 |  |  |  |  |  |
| 第3事例 |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 検討 | 事例提供者 | 主任ケアマネ | 司会 | 書記 | 参加者 |
| 11日目検討 | 第4事例 |  |  |  |  |  |
| 第5事例 |  |  |  |  |  |
| 第6事例 |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 検討 | 事例提供者 | 主任ケアマネ | 司会 | 書記 | 参加者 |
| 12日目検討研究 | 第7事例 |  |  |  |  |  |
| 研究 | 司会 | 書記 |  |
| 第7事例 |  |  |

◆グループメンバー表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| グループ（　　　　　）10日目メンバー | 受講番号 | 氏　名 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| グループ（　　　　　）11日目12日目メンバー | 受講番号 | 氏　名 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |