**受講番号：　　　　　　　　氏名：**（研修日　　月　　日）

テキストのｐ402～ｐ421を事前に読み込み、概要や要点等を以下に記載してください。

|  |
| --- |
| **Ⅰ　地域密着型サービスの再確認** |
| **Ⅱ　介護保険制度以外の社会資源** |
| **Ⅲ　状態像に合わせた多様なサービスの活用と連携** |

事前課題１