確　認　書

導入研修を受けた皆様には、今後、地域での事業に従事していただくリーダーになっていただきたいと考えています。受講者名簿等の取り扱いについて、以下の質問にお答えください。

（1）　導入研修受講者の名簿を、今後、地域リハビリテーションにおける事業や自治体事業への人材派遣等の推薦等に使用することに同意しますか。

1．同意します　　2．同意しません

（2）　導入研修受講者の名簿を、東京都介護予防推進支援センターの事業へ人材派遣等の紹介に使用することを同意しますか。

1．同意します　　2．同意しません

（3）　今後、各地域の介護予防事業や地域リハビリテーション支援事業等に協力していただけますか。

1．　協力できます　　2．協力できません

3．　内容や頻度等により協力可能の場合あり

（4）今後、地域包括ケアシステム推進委員会等からメールで情報等をお送りしても良いですか。

1．良い　　2．良くない

令和　　年　　月　　日　地域ケア会議・介護予防推進リーダー導入研修修了

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先電話・FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E－mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿