**（様式①）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２９年度　サービス管理責任者養成研修**

**【分野別課題（介護分野）】**

**事業所名　　　　　　　　　　　　　　氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ⅰ　ご本人（ご家族）のしたいこと****希望・願い** | **Ⅱ　ご本人やご家族・地域など****様々なストレングス・強み** | **Ⅲ　支援者（あなた）が****気になること** | **Ⅳ　質問・疑問・確認したいこと** |
|  |  |  |  |

**※　用紙が足りない場合は、２枚目、３枚目と記入してください**