令和５年度山形県障がい者相談支援従事者研修　インターバル実習対応に関するアンケート

**事業所名：**

実習にご協力いただいた研修について、対応状況や感想及びご意見等を記入願います。

**１　初任者研修**

|  |  |
| --- | --- |
| （１）実習対応に係る説明会及び研修会※Web開催 |  |
| （２）実習対応者名　実習対応した相談支援専門員 |  |
| （３）実習所要時間　１人あたりの　およその所要時間 |  |
| （４）実習当日の状況、対応した感想等 |  |
| （５）来年度に向けた改善点 |  |

**２　その他**

|  |
| --- |
|  |

**＜提出先＞**

**社会福祉法人山形県社会福祉事業団　事務局事業調整課あて**

**FAX：023-623-9123　もしくは　Mail：jigyo@ysj.or.jp**