

受講番号:

氏名:

事例シート(表紙)

事例タイトル			
事例選択	A	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例
	B	<input type="checkbox"/>	看取り等における看護サービスの活用に関する事例
	C	<input type="checkbox"/>	認知症に関する事例
	D	<input type="checkbox"/>	入退院時における医療との連携に関する事例
	E	<input type="checkbox"/>	家族への支援の視点が必要な事例
	F	<input type="checkbox"/>	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例
	G	<input type="checkbox"/>	状態に応じた多様なサービス(地域密着サービスや施設サービス等)の活用に関連する事例

A～Gを必ず3個以上選択してください。