|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **自治体名** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | **所属名** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | **参加会場** | ここをクリックして会場を選択してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **介護保険事業計画****における****基本理念・基本目標** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |

|  | **在宅医療・介護連携推進事業** | **認知症施策** | **総合事業****生活支援整備体制事業** | **地域ケア会議** | **その他** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **情報収集****課題抽出****対応策の検討** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **連携体制****情報共有** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **コーディネーター****配置** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **人材養成** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **住民啓発** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |