介護職員チームリーダー養成研修　「生産性の向上」

**提　出　用**

**事前課題２**

事業所名：

受講番号：　　　　　　　氏名：

|  |
| --- |
| 強み |
| 　１． |
| 　２． |
| 　３． |

|  |
| --- |
| 弱み |
| 　１． |
| 　２． |
| 　３． |