平成28年4月1日

各事業所研修担当者　様

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

アンケート調査ご協力のお願い

　拝啓　時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

　いつも、当法人の喀痰吸引等研修や伝達講習(指導看護師等)をご利用いただきありがとうございます。

喀痰吸引等制度が本格実施され５年目を迎えますので、今年度は登録研修機関として喀痰吸引等フォローアップ研修（スキルアップ研修）を企画しております。現場のニーズに即したより的確な研修を企画するために、皆様のご意見をいただきたく「アンケートのご協力」をお願い申しあげます。

ご多用中恐れいりますが、何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

　　※アンケート（別紙）の対象者は

　　　介護職員等で第3号特定研修の「認定特定行為業務従事者認定証」を取得済みの方

　　　　（現在、ケアを実施されているかどうかは問いません）

　　※アンケート用紙は　2枚同封させていただきました

2名以上の方にご協力いただける場合は、すみませんがコピーをしてお使いください

また。ＨＰにもアンケート用紙をアップしております。ご活用ください。

　　※アンケートの返信は、ＦＡＸで送信をお願いします。

ＦＡＸ番号　０４５－３２４－８９８５

　　※アンケートの回答期間は　4月22日（金）までとさせていただきます。

　○当調査に関するご質問がございましたら、下記までご連絡いただければと存じます。

　　　　　　　　　　　　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　成田　松田　繋（つなぎ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　０４５－３１１－８７４２