神奈川県委託「2018年度喀痰吸引等フォローアップ研修事業」

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日（ H　　年　　　月　　　日）

フォロ―アップ研修（指導講師(看護師等)対象）受講申込書

NPO法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

FAX番号　０４５－３２４－８９８５

〒221-0844　横浜市神奈川区沢渡4番２　神奈川県社会福祉会館

　　☎番号　　０４５－３１１－８７４２

FAXで

お申込み

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | 連絡先  　住所  　☎  　FAX | 〒 | |
| 施設・  事業所名 | |  | ☎番号 －　　　　－  FAX番号　　 　－　　　　－ | |
| 受講者氏名 | | ふりがな | **希望日** | **希望される回に◯をつけてください**  **（　）第1回　1月27日（日）**  **（　）第2回　2月17日（日）** | |
|  |
|  | | | |

○研修に必要です。下記の内容にお応えください。

　①介護職員等によるケア（認定特定行為）について、日頃感じている事をお書きください。

　②指導講師として、この研修に期待していることを、お書きください。

○お申込み頂きました方には、申し込み締切日以降に、下記のものを郵送いたします。

　　　①受講受付の通知　　②受講料の振り込み案内