

喀痰吸引等医師指示書記載研修

申込書

申し込み年月日： 2015年 月 日

下記に必要事項をご記入の上、F a x（045-324-8985）又は、
Eメール（jimukyoku@kenshikyou.jp）にてお申し込み下さい。

締め切り：10月8日(木) 事務局必着

氏名	
勤務先名称 (自宅)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
勤務先(自宅)住所	〒
職名等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 ()
コメント (ご自由にお書き下さい)	<input type="checkbox"/> 指示書を作成している <input type="checkbox"/> 指示書を作成したことない

問い合わせ先

神奈川県委託事業実施者

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

〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4-2 神奈川県社会福祉会館内

TEL：045-311-8742 fax045-324-8985 E-mail：jimukyoku@kenshikyou.jp