神奈川県委託「2016年度喀痰吸引等フォローアップ研修事業」

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日（2016年　　　月　　　日）

フォロ―アップ研修Ⅲ（地域訪問型）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 | ご職業 |  |
|  |
|  |

○研修に必要です。下記の内容にお応えください。

　①あなたが、日頃　医療ケアに係わる中で、お困りのことについて、ご記入ください。

　②グループディスカッションで、意見交換や情報交換したい内容について、ご記入ください。

○お申込み頂きました方には、申し込み締切日以降に、受講受付の通知を郵送いたします。

○公共の交通機関での参加が難しく駐車場を必要とされる方は、ご連絡ください。

必要数をとりまとめ、改めて駐車の可否をご連絡いたします。

　　＜　駐車場　：　　必要　　・　　不要　　＞　必要な方は〇をお付けください。