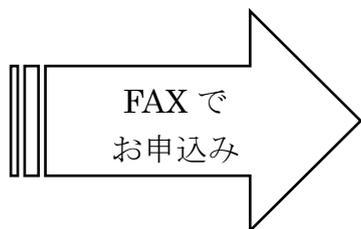


フォローアップ研修介護（認定証取得済み介護職員等対象）受講申込書



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
電話 045-311-8742

法人名		連絡先 住所	〒
施設・ 事業所名		電話 FAX	電話番号 — — FAX 番号 — —
受講生氏名	ふりがな	ご職業	
		取得 認定証	取得された認定証に○をつけてください 第1号(不特定) 第2号(不特定) 第3号(特定)
認定証取得の基本研修を受講された研修機関名			

○研修に必要です。下記の内容にお応えください。

①あなたがこの研修で、演習を希望する医療的ケアを教えてください。

希望の高い順に、1番から3番までの数字を（ ）にご記入ください。

- | | |
|---------------|----------------|
| （ ） 口腔内・鼻腔内吸引 | （ ） 気管カニューレ内吸引 |
| （ ） 胃ろう・腸ろう | （ ） 経鼻経管栄養 |

②あなたがこの研修で学びたいことは、どんなことでしょうか

○お申込み頂きました方には、申し込み締切日以降に、下記のを郵送いたします。

- ①受講受付の通知及び受講料納入の案内 ②ひやりはっと事例の概要ノート用紙