

北海道老人福祉施設協議会事務局(朝倉、富川)行き
FAX 011-280-3162

※添付書不要

※必ず、送信後、着信確認の連絡をしてください(TEL:011-241-3766)

北海道老人福祉施設協議会 御中

申込日: 平成26年 月 日
担当者名:

平成26年度介護力向上講習会【北海道分校】受講申込書										
フリガナ										道老施協会員区分(いずれかに○)
施設名										会員 ・ 非会員
フリガナ		職種	性別	男・女		年齢	歳			
受講者名										
フリガナ		職種	性別	男・女		年齢	歳			
受講者名										
フリガナ		職種	性別	男・女		年齢	歳			
受講者名										
フリガナ			TEL							
施設長名			FAX							
施設住所	(〒 —)									
E-mail										
過去受講施設は○をご記入ください	第1期 (H16)	第2期 (H17)	第3期 (H18)	第4期 (H19)	第5期 (H20)	第6期 (H21)	第7期 (H22)	第8期 (H23)	第9期 (H24)	第10期 (H25)

《申し込み理由》 * 現在、取り組んでいるケア、またはこれから取り組んでみたいケア等

.....

.....

.....

.....

.....

《自立支援介護の実践のための体制整備》

取り組みを進めるにあたって委員会やチーム等が

①ある ②ない(までに立ち上げる)

北海道老人福祉施設協議会事務局(朝倉、富川)行き
FAX 011-280-3162

※必ず、送信後、着信確認の連絡をしてください(TEL:011-241-3766)

特別聴講用

※添付書不要

申込日: 平成 年 月 日
担当者名:

北海道老人福祉施設協議会 御中

平成26年度介護力向上講習会【北海道分校】受講申込書									
フリガナ							道老施協会員区分(いずれかに○)		
施設名							会員 ・ 非会員		
フリガナ		職種	性別	男・女	年齢	歳	希望回		
受講者名									
フリガナ		職種	性別	男・女	年齢	歳	希望回		
受講者名									
フリガナ		職種	性別	男・女	年齢	歳	希望回		
受講者名									
フリガナ		職種	性別	男・女	年齢	歳	希望回		
受講者名									
フリガナ		職種	性別	男・女	年齢	歳	希望回		
受講者名									
フリガナ		職種	性別	男・女	年齢	歳	希望回		
受講者名									
	(〒 —)		TEL						
施設住所			FAX						