

北海道老人福祉施設協議会事務局(市川、朝倉)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)

申込日: 平成27年 月 日

北海道老人福祉施設協議会 御中

担当者名:

平成27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													
	本校受講						分校受講						
過去受講施設は○をご記入ください	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期	第10期	第11期	第1期	第2期
	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H25)	(H26)

《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)