北海道老人福祉施設協議会

令和４年度　喀痰吸引等研修会申込書

《参加情報》

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名・事業所名 |  |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |  |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　FAX |  |  |
| 法人規模該当するものに〇 | 　　[ 法人全体で常勤の職員が ] |
| 1.　100名以下 | 2.　100名以上 |
| 実地研修該当するものに〇 | 　　[ 実地研修は以下にて実施 ] |
| 1.　自施設 | 2.　病院紹介 |
| 実地研修 項目 | 口腔 | 鼻腔 | 胃ろう | 経鼻経管 | 気管カニューレ |
|  |  |  |  |  |

《受講者名》

|  |  |
| --- | --- |
| 研修開講日 | 氏　名　（各人が別日程の研修へのご参加が可能です） |
| **（例）4月20日開講** | **山田　花子** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 |  ＜事前質問・ご意見等＞ |  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |

必要事項を御記入の上、**２月２２日までにＦＡＸ**にてご返信下さい！

ＦＡＸ送信先　０５０－３７３７－３５１８