

FAX番号024-527-1050 送り先:おの整形外科クリニック

地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会
介護職員向け研修会 参加申込み用紙

| | |
|------|--|
| 事業所名 | |
|------|--|

| | 氏名 | 介護職従事年数 |
|---|----|---------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |

講師の先生に聞きたいこと、介助の場面で困っていることがあればご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|