

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。

--