

この用紙に記入の上 FAX又はメールしてください。

(別紙)

令和元年度 広島県短期集中予防サービス実践研修(福山会場)受講申込書

次のとおり研修の受講を申込みます。※参加者1名につき1枚に記入してください。

研修日時：令和元年10月4日(金) 19時～21時 (受付：18時30分～19時)			
会 場：福山すこやかセンター(〒720-08512 福山市三吉町南二丁目11番22号)			
フリガナ			
受講者氏名			
勤務先名称			
勤務先所在地	〒		
電話	F a x		
	メールアドレス		
業 種 (該当するもの 1つに○を)	1. 短期集中予防サービス通所型C 2. 短期集中予防サービス訪問型C 3. 市・町・保健所 4. その他 ()		
資 格 (主なもの 1つに○を)	1. 歯科医師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 管理栄養士・栄養士 6. 歯科衛生士 7. 通所サービス事業所職員 7. その他 ()		
短期集中予防サー ビス提供人数	1. 経験なし 2. 1～10人 3. 10～30人 4. 30人以上		
研修受講に当たっ て、短期集中予防 サービスについて 質問等ありました らご記入くださ い。			

申込締切日：令和元年8月23日(金) 午後5時必着

広島県地域包括ケア推進センター宛

F A X 0 8 2 - 5 6 9 - 6 4 9 4

F A X 番号の間違いにお気をつけください