

()級摂食カウンセラー養成講座申込書

希望会場（大分県日出町） 級 回目 _____

開催年月日 令和 年 月 日 ~ 日 _____

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年 月日	昭和 平成 年 月 日
住所	〒 —	自宅電話	
		携帯電話	
		FAX	
		E-mai	
(職種) 特別支援学校 (教師 栄養士 看護師 寄宿舍指導員 その他()) 障がい児・者施設 (保育士 指導員 看護師 栄養士 その他()) 高齢者施設 (介護職員 看護師 栄養士 ケアマネ その他()) その他(保護者 家族 歯科医師 歯科衛生士 その他())			
※ これまで受講された摂食コミュニケーション・ネットワークの研修			
会場	研修会タイトル	実施期日	
(例) 福岡	食べる支援とコミュニケーション研修会	平成 年 月 日 ~ 日	
※ 既取得資格確認			
3級摂食カウンセラー	有 無	認定日	平成 年 月 日
2級摂食カウンセラー	有 無	認定日	平成 年 月 日
1級摂食カウンセラー	有 無	認定日	平成 年 月 日

※ ご記入いただいた情報はカウンセラー養成講座以外では使用いたしません。

- ・ 生年月日は、認定、登録に使用いたします。
- ・ 電話等は、講座開催に変更が生じた場合に連絡させていただきます。
- ・ 職種は、参加者の状況を把握し、講座の内容に反映させたいと考えています。

※ 本会のホームページからもお申し込みできます。