

個別事例研修(相談) 申込書

会 場 名 (デイサービスセンターふらすわん)

希 望 日 令和 年 月 日 _____ 時から (1時間・ 2時間)

申込年月日 令和 年 月 日

お一人でお申し込みの方 又は お二人以上でお申し込みの場合の代表者の方		
ふりがな 氏 名	①	本会の加入 会員 非会員
		職 種 ※
住 所	〒 -	自宅電話
		携帯電話
		E-mail
氏名(お二人以上の場合)	本 会 の 加 入	職 種 ※
②	会員 非会員	
③	会員 非会員	
④	会員 非会員	
⑤	会員 非会員	
【主に相談したいことなどがありましたらお書き下さい】		

※ 該当する職種の数字・記号をご記入下さい。例) 特別支援学校教師の場合①A

(職種)

- ① 特別支援学校 (A教師 B栄養士 C看護師 D寄宿舎指導員 Eその他())
 ② 障がい児・者施設 (A保育士 B指導員 C看護師 D栄養士 Eその他())
 ③ 高齢者施設 (A介護職員 B看護師 C栄養士 Dケアマネ Eその他())
 ④ その他(A保護者 B家族 C歯科医師 D歯科衛生士 Eその他())

※ ご記入いただいた情報は本研修以外では使用いたしません。

- ・ 自宅電話、携帯電話、E-mail は、日程等に変更が生じた場合に連絡させていただきます。
- ・ 職種は、受講者の状況を把握し、研修の内容に反映させたいと考えています。

※ 「摂食コミュニケーション・ネットワーク」のホームページからもお申し込みができます。

※ 開催日は、原則として毎月第一・第三土曜日です。

※ 料金は、一人につき 2,000 円/1 時間。但し、会員は半額です。