

平成28(2016)年度

介護予防体操フォローアップ研修会

《 申 込 書 》

ふりがな 氏 名	(生年月日) 年 月 日 (性別 男・女) (歳)
自 宅	(住所) 〒 (TEL) (FAX) (携帯電話)
勤務先	(名称) (所在地) 〒 (TEL) (FAX)
介護予防体操研 修会修了者番号 (分かる方)	平成25年度・平成26年度 修了 番 (受講年度に○) 介護福祉士としての実務経験年数 年

※介護予防を実践するにあたり 希望する内容等下記へご記入下さい。

現場で実践するにあたり困った事

基礎知識 () の再学習

体操の再学習

その他

申込締め切り： 7月 22日(金)

申込先：FAX029-353-7246