

平成 29 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 27 年度・平成 28 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 茨城県介護福祉士会員方 (会員番号 : 080)

※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 : 2月 21日 (水)

申込先 : F A X 029-353-7246