



申し込み：FAX 0268-26-0875 (特別養護老人ホームローマンうえだ)

「事例報告のまとめ方・専門士会交流会」

平成29年 10月29日(日) 13:00 ~ 16:00

申し込み締め切り 平成29年10月20日(金)

氏名			
ふりがな			
出席希望欄に○ をしてください。	研 修 会		交 流 会
所属 (事業所名)			
連 絡 先	住所 : 電話 : FAX : メールアドレス :		
事業種	1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 訪問リハ 4. 通所介護 5. 通所リハ 6. 短期入所生活介護 7. 小規模多機能 8. グループホーム 9. 居宅介護支援 10. 介護老人福祉施設 11. 介護老人保健施設 12. 介護療養型医療施設 13. 医療機関 14. 疾患医療センター 15. 地域包括支援センター 16. その他 ()		
職種	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 理学療法士・作業療法士 4. 看護師 5. 保健師 6. 介護支援専門員 7. その他 ()		
ケア 実務歴	年	その他ご自由にご記入ください。	
認知症 ケア経験	有 ・ 無		