

○受講を希望される方は、下記の用紙に必要事項を記入の上送信してください。



「排泄ケアの知識と実践 ～正しいアセスメントで納得ケア～」

申込書

氏 名	フリガナ（ ）	職 種	
勤務先名		経験年数	年
連絡先住所	〒（ ） 自宅・勤務先 ※どちらかに○をしてください		
電話番号		FAX	

* 研修申込みの情報は、この研修以外に使用することはありません。

(問い合わせ先) 社会福祉法人 神奈川県総合リハビリテーション事業団
地域リハビリテーション支援センター 地域支援室 一木・砂川
〒243-0121 厚木市七沢516
TEL046-249-2602 FAX046-249-2601