

一般社団法人 茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会

第4回 ストーマケア講習会 参加申込用紙

◇令和2年1月25日（土）開催◇

応募締切日 令和2年1月10日（金）

事業所名 \_\_\_\_\_

TEL

FAX

	氏 名	職種（資格）
1		
2		

- \* 前回受講された方でも、再度受講可能です。
- \* 参加者リスト作成の関係上、上記に必要事項を記入の上、FAXにてお申し込み下さい。
- \* 初参加の方は当日、受講して頂いた方に日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会が使用している受講証明書を発行致します。資格証のコピーをご持参下さい。
- \* 1事業所で複数名のお申し込みも可能ですが、応募多数にて定員超の場合は抽選となりますので、ご了承ください。

申込先：一般社団法人 茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会事務局

(担当 青木)

FAX:050-5837-1539