

市立豊中病院 褥瘡対策委員会研修会 受講申込書

必要事項を記入し、下記までFAX送付してください。

FAX 番号：06-6858-3602

研修日	月 日 ()
施設名	
連絡先 TEL	— —
氏 名 (申し込みの代表の方に○を付けてください)	職 種 (○で囲んでください)
	看護師 介護福祉士 ヘルパー ケアマネージャー その他 ()
	看護師 介護福祉士 ヘルパー ケアマネージャー その他 ()
	看護師 介護福祉士 ヘルパー ケアマネージャー その他 ()
	看護師 介護福祉士 ヘルパー ケアマネージャー その他 ()

以下の点をご了承の上、お申し込みください。

- * 今回の研修は医療職、介護職の方が対象です。
- * 基礎的な内容で、それぞれ単回でも参加できます。
- * 内容は追加・変更する場合があります。
- * 申し込み多数の場合は、参加人数の調整をさせていただきます。
その際には、ご連絡をいたします。
- * 当日欠席される場合は、事前にご連絡をお願いします。



【研修に関するお問い合わせ先】

褥瘡対策委員会 担当： 大西、曾根（皮膚・排泄ケア認定看護師）

TEL：06-6843-0101（代表）