

平成 29 年度 山梨県富士・東部地域リハビリテーション
研修会・相談会 FAX 申込用紙

第 1 部『多職種協働による自立支援のための地域ケア個別会議について』
第 2 部『身近に潜む介護事故 一転ばぬ先の杖になるには』

送信先	山梨県富士・東部地域リハビリテーション広域支援センター ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院 滝澤・久保寺 宛 FAX：0554-45-8876(表紙不要)
申込者情報	※FAX： _____ ※TEL： _____ ※所属： _____ ※氏名： _____ ※職種： _____

介護事故事例

・こんな事例について聞きたいという要望があればお書き下さい。

相談会(研修会終了後 15:00～30 分程度の予定)

・相談内容(個別的な事例などのご相談には応じかねます)

備考：①申し込み期限は平成 29 年 10 月 14 日(土)までとなっております。
②出欠席確認の為、参加者 1 名につき、申し込み用紙 1 枚でお願い致します。
枚数が足りない場合は必要数コピーしてお使い下さい。
③※印の部分を記入後、FAX にて申し込み下さい。
④申し込み後、欠席される場合は事務局までご連絡をお願いします。

返送された FAX 用紙の点線部分を切り取り、受付票を当日受付へご提出ください。

----- (き り と り 線) -----

受付票

平成29年度 山梨県富士・東部地域リハビリテーション研修会・相談会

※受講者氏名： _____ 受付番号： _____

山梨県富士・東部地域リハビリテーション広域支援センター