

# ぷちとら 申込書

宛先	湖東厚生病院 ぷちとら担当
FAX番号	018-875-5269 (送付票不要)
メールアドレス	<a href="mailto:info@koto-ghp.jp">info@koto-ghp.jp</a>

【申込施設名】 \_\_\_\_\_

【申込代表者氏名】 \_\_\_\_\_

【申込代表者連絡先】 \_\_\_\_\_

↓ 希望コースに○をご記入ください

コース名	<input type="checkbox"/>	A	褥瘡予防・処置のポジショニング					
	<input type="checkbox"/>	B	口腔ケアと食事介助					
希望日時	第1希望	令和	年	月	日	:	～	:
	第2希望	令和	年	月	日	:	～	:
	第3希望	令和	年	月	日	:	～	:

【参加者名】

	姓	名	介護経験年数
1	(ふりがな)		年
2	(ふりがな)		年
3	(ふりがな)		年

【コメント欄】 下記に質問、要望等をご記入ください

----------------------