

平成28（2016）年度

介護予防体操フォローアップ研修会

《申込書》

| | |
|--------------------------|---|
| ふりがな 氏名 | (生年月日) 年 月 日 (歳) (性別 男・女) |
| 自宅 | (住所) □ (TEL) (FAX) (携帯電話) |
| 勤務先 | (名称) (所在地) □ (TEL) (FAX) |
| 介護予防体操研修会修了者番号 (分かる方) | 平成25年度・平成26年度 修了 番 (受講年度に○) 介護福祉士としての実務経験年数 年 |

※介護予防を実践するにあたり 希望する内容等下記へご記入下さい。

現場で実践するにあたり困った事

基礎知識（ ）の再学習

体操の再学習

その他

申込締め切り： 7月 22日（金）

申込先：FAX029-353-7246