

重症心身障がい児者の在宅ケア座談会 参加申込書

担当 御家瀬 行

FAX 011-685-2954

Mail mikase-ma@keijinkai.or.jp

【発信元】

発信日：H . .

事業所名		担当者	
住 所	区		
TEL	—	FAX	—
Eメールアドレス	@		

【出席者】 グループワークを行うにあたり、事務局でグループ分けを行う際の参考にさせていただくため、勤務年数の記入や重症児者の支援経験の有無について、該当する箇所に○をご記入ください。

【駐車場】 駐車台数の把握のために、お車での来所についても該当箇所へご記入ください。

出席者氏名	職 種	現職の 勤務年数	重症児者の 支援経験の有無	お車での来所
		年	有 ・ 無	有 ・ 無
		年	有 ・ 無	有 ・ 無
		年	有 ・ 無	有 ・ 無
		年	有 ・ 無	有 ・ 無
		年	有 ・ 無	有 ・ 無

※お願い※

- 申込締切は 11月 20日(月) を厳守でお願いいたします。
申込受諾の返信等はいたしませんので、ご了承ください。
- FAX 送信時、表紙(かがみ文)は不要です。 必要事項を記入し、直接送信ください。