

出張！かんきょう改善隊 申込書

宛 先 湖東厚生病院 担当 認知症看護認定看護師（大原）

FAX番号 018-875-5269（送付票不要）

メールアドレス ninchi@koto-ghp.jp

【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（A、Bともに希望の場合は両方に○：同日になります）

コース名		A	貴施設を訪問し環境見学を行いスタッフとカンファレンス（1時間程度）					
			B	湖東厚生病院の施設環境を見学（30分程度）				
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	:	～	:

【見学の場合 参加者名】

	姓	名	介護・看護・その他経験年数	
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
