

受講申込書

年 月 日



ちとせの介護医療連携カレッジ

学長 古泉 圭透 様

私は、ちとせの介護医療連携カレッジ講座の受講を希望いたします。

1. 申込者

(フリガナ)		性別	男 ・ 女
氏名			
勤務先		職種	
Tel			
E-mail	※講座に関わるご連絡は主に E-mail でいたします。		
医療・福祉に関わる保有資格			

2. 志望コース（※希望のコースに“○”をつけてください。複数受講も可能です。）

ケアスキルアップ (介護技術講座)	嚥下亭 (摂食・嚥下障害ケア)	看取り・終末期ケア	相談援助・ マネジメント	わかば (若手キャリアアップ)	労務管理・ 職場環境改善

【注意事項】

- すべての講座について参加費は無料です。
- それぞれのコースでは、講座に5回以上出席でコース修了となります。
※ 講座終了後に出席確認をいたします。原則として補講などは計画しておりません。
- 講師、会場、自然災害などの影響で日程が変更になる場合がございます。ご了承ください。
- 講座申込締切りは、原則 2019年2月22日(金)といたします。
- 下記により Fax 又は E-mail でお申し込みください。

Fax. 011-351-5601 E-mail. chitose.renkeicenter@gmail.com

お問合せ) Tel. 0123-49-3330 千歳市在宅医療・介護連携支援センター 担当 木下 浩志