

FAX 099-227-3633

令和4年度 鹿児島県委託事業
「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修
(在宅版)(E-FIELD HOME)研修」申込み
申込締切：令和4年10月20日（木）17:00

施設名					
代表者氏名					
連絡先		E-mail: TEL: (当日の緊急連絡先)			
	ふりがな	職種	所属部署・役職 (施設が違う場合は施設名も記入してください)	経験年数	参加方法
	氏名				
1			部署: 役職:	年 ヶ月	対面 Web
2			部署: 役職:	年 ヶ月	対面 Web

1名ずつ受講される場合には、それぞれに連絡先が必要です。

本紙をコピーのうえ記載し、お申込みください。

連絡先：社会医療法人博愛会 相良病院 担当:福本
電話：ダイヤルイン 099-222-7116 (内線1620)

誤って受信された場合は、恐れ入りますが相良病院連絡先へご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。