

排せつケア相談員養成研修受講申込書及び推薦書

大 牟 田 市 長 殿

下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

氏名	(フリガナ)		年齢		職種	
				歳		
所属	法人の名称				現事業所での経験年数	
	事業所名				年	
	所在地				所属長氏名 (サインをお願いします)	
	TEL FAX	() ()				
1. 受講の動機						
2. 排せつケアに対する考え方など (あなたのケアに対する想いや捉え方)						

3. 最も印象に残っている排せつケアの体験について

(ケア・支援が上手くいった、いかなかった事例など／800 字程度に収めること)

所属長（責任者）の推薦文：

(枠の高さは変更可能ですが、必ずA4サイズ2枚に収まるようにしてください。)