

特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会

修了証 申請書

平成 年 月 日

ふりがな

氏 名：【姓】 _____ 【名】 _____

施 設 名： _____

住 所： 〒 _____

T E L： _____

申請する修了証に _____ をご記入ください

福岡排泄ケア講習修了証

[条 件] 高齢者排泄ケア講習会を通算3回受講すること

福岡排泄ケア講習優秀修了証

[条 件] 高齢者排泄ケア講習会を通算7回受講すること

福岡排泄ケア講習特別優秀修了証

[条 件] 高齢者排泄ケア講習会を通算12回受講すること

過去に出席された講習会をご記入ください

第 _____ 回 / 第 _____ 回 / 第 _____ 回 / 第 _____ 回

第 _____ 回 / 第 _____ 回 / 第 _____ 回 / 第 _____ 回

第 _____ 回 / 第 _____ 回 / 第 _____ 回 / 第 _____ 回