

排泄ケア認定証 申請書

NPO 法人 福岡排泄改善委員会 理事長 殿

排泄ケア認定制度に基づき、認定証の受領を申請いたします

申請日 _____年_____月_____日

申請者署名 _____

[ふりがな] _____

申請者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 性別 男・女

職種 _____

*ケアマネージャー、看護師など該当する職種はすべてご記入ください

受講した高齢者排泄ケア講習会 *本申請書とレポートとともに受講証をご提出ください

第____回講習会 : Field _____ / 第____回講習会 : Field _____

第____回講習会 : Field _____ / 第____回講習会 : Field _____

第____回講習会 : Field _____ / 第____回講習会 : Field _____

【勤務先】 *勤務されていない方は空欄で結構です

所属施設名 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

【自宅】

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

メールアドレス _____

今後の連絡先 (勤務先 / 自宅) を希望します *どちらかに○をつけてください

● お預かりした個人情報は、認定制度に基づく審査に使用し、それ以外の目的では使用されることはありません