

## 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