

FAX 送付先番号 042-634-9558

2019/7/6 講習会 「呼吸」から考える子ども達の生活支援

申し込み用紙

ふりがな	
参加者氏名 (代表者1名)	
TEL	
FAX	

*保護者の方

お子さんについて	ふりがな	
	氏名	
	年齢	歳
お子さん参加有無	無・有	有の場合、以下にご記入下さい *医療ケアの有無 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 [<input type="checkbox"/> 頻回に必要 ・ <input type="checkbox"/> 時々必要]
リハビリ実施場所	<input type="checkbox"/> 島田療育センターはちおうじ・ <input type="checkbox"/> その他 ()	

*施設職員の方

施設名	
職種	保育士・介護士・看護師・教員・PT・OT・ST・その他 ()
利用者様の年齢層	未就学児・学齢期・成人

呼吸について困っていること・聞きたいことなど

--

※複数参加される場合は以下をご利用下さい。

氏名	続柄・職種など