

FAX 送付先番号 042-634-9558

2019/8/24 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 ☐ 気管切開 ☐ 呼吸器 ☐ 酸素吸入 ☐ 経管栄養 ☐ 吸引 [☐ 頻回に必要 ・ ☐ 時々必要]
リハビリ実施場所	☐ 島田療育センターはちおうじ・ ☐ 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