

令和4年度 鹿児島県医療的ケア児等受入体制構築促進セミナー 申込書・事前アンケート

※施設ごとに取りまとめの上お申し込みください

申込先 FAX 096-213-1601

法人名 (市町村名)		
施設名 (部署名)		
施設所在地	〒 -	
施設連絡先	TEL :	FAX :

ふりがな 受講者氏名	-----	職種	施設管理者 ・ 保育教諭 ・ 幼稚園教諭 保育士 ・ 看護師 ・ 園医 ・ 行政職員 その他 ()
ふりがな 受講者氏名	-----	職種	施設管理者 ・ 保育教諭 ・ 幼稚園教諭 保育士 ・ 看護師 ・ 園医 ・ 行政職員 その他 ()
ふりがな 受講者氏名	-----	職種	施設管理者 ・ 保育教諭 ・ 幼稚園教諭 保育士 ・ 看護師 ・ 園医 ・ 行政職員 その他 ()

※本セミナーで知り得た個人情報は、本セミナーの業務以外には使用しません。

※有意義なセミナーにするため、事前アンケートの回答に御協力をお願いします。

Q1 医療的ケア児の受入れについて課題や不安に感じていることは何ですか？

()

Q2 シンポジウムで取り上げてほしい内容があれば御記入ください。

()