

平成20年度京都府ホームヘルパー連絡協議会  
成人層の歯周病予防ホームヘルパー研修会

参加申込書

(事業所名: \_\_\_\_\_)

参加日 ⇒ 【 第1回目(10月16日実施分) 第2回目(10月22日実施分) 】

氏名	役職名	ヘルパー経験年数 (9月末現在)	京ホ連会員 有無	歯周病予防研修 受講状況
		年 ヶ月	会員・非会員	初めて・以前受講
		年 ヶ月	会員・非会員	初めて・以前受講
		年 ヶ月	会員・非会員	初めて・以前受講
		年 ヶ月	会員・非会員	初めて・以前受講
		年 ヶ月	会員・非会員	初めて・以前受講

※参加日に「○」印をご記入ください。

※歯周病予防研修の受講状況については、京ホ連主催の同研修についての受講状況です。

【 歯周病・口腔ケア研修で具体的に学びたい内容等があればお教えてください。 】

【 連絡事項 】

送付先(FAX可)

京都府ホームヘルパー連絡協議会事務局  
(京都府社会福祉協議会 地域福祉・ボランティア振興課)

FAX:075-252-6311

各回の申込締切日までにご連絡ください。