

第42回 岡山県通所リハビリテーション研究会参加申込み書

平成 21 年 月 日

ふりがな 施設名			
区分	該当する項目に○をつけてください 通所リハビリ（病院・診療所・小規模診療所・老人保健施設） 通所介護（定員： 名） 重度認知症患者デイ・ケア		
TEL 番号		FAX 番号	
参加者氏名	職 種	参加資格	
例) 岡山 太郎	介護福祉士	準会員	

<事前質問事項>

この度の介護保険改正で気になる点や貴施設での対応方法などをご記入ください。また、介護保険改正に関連した内容以外での、他施設の方と情報交換したいことでも結構です。当日のディスカッションがより活発で充実したものとなりますよう、ご協力をお願いします。
