

申込先 FAX 025-281-7710

新潟県介護技術コンテスト 事務局 宛

新潟県介護技術コンテスト選手参加申込書(応募用紙)

選手参加申込締切日 平成29年10月20日

お申し込み日 月 日

部門	(ふりがな) エントリー氏名	性別	年齢	従事している 事業職種	保有資格
入浴ケア 部門	()		歳		
認知症ケア 部門	()		歳		
食事ケア 部門	()		歳		
チーム名		チーム 代表者名			
チーム代表者の 連絡先及び住所 (日中連絡がとれる 連絡先)	〒 - 新潟県 電話 携帯電話 FAX				
所属法人名 (3人とも書いてください)					
所属施設・事業所名 (3人とも書いて下さい)					

日々の介護業務で大切にしていること、気をつけていること、自分にとっての介護とは何かなど、介護への想いを自由にご記入ください。
(3人とも書いて下さい。余白が不足の場合は本書をコピーしてください)