介護職員リスクマネジメント研修

事前課題シート

提出日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 | 氏　名 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 課題の名称 | 口腔ケアについて具体的に困っている事 |
|  |

**第１回提出締切日　５月７日（火）**

**第２回提出締切日　９月４日（水）**

下記のE-mailアドレス（又はＦＡＸ）に、送信ください。

E-mail：**kawasaki@wel.pref.toyama.jp**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 ↑

（小文字のエル）

FAX：076-432-6516 富山県福祉カレッジ　川崎宛