**第８８回KTSM実技セミナー（八戸）申込用紙**

記載日：     月     日

＊各欄の該当する項目（□）にチェックしてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 2019年度KTSM |
| 氏名 |  | 会員　  非会員 |
| 職種 | 看護師　　介護職　　　PT　OT　ST　医師  歯科医師　歯科衛生士　管理栄養士 その他 | |
| 勤務先名 |  | |
| 連絡先住所  自宅　  職場 |  | |
| 連絡先電話番号  自宅　  職場 |  | |
| KTSM実技セミナー  参加回数 | 初めて　 ２回目以上  　　　　　（参加した都道府県名：     　） | |
| 摂食嚥下に関わった年数 | まだ関わっていない（今後関わる予定）  １年未満　２～５年 　５年以上 | |
| 実技セミナー参加理由（複数選択可） | 食事介助の基礎を知りたい　スキルアップしたい  KTBCを学びたい　　　　　その他 | |
| **※必須※**  実技セミナー参加理由を具体的に記載してください |  | |
| 実技で習得したいこと（複数選択可） | 口腔ケア　　　　  嚥下評価（スクリーニング）  ポジショニング 　 食事介助（スプーン操作）  その他（　     　） | |
| **※必須※**  実技で習得したいことを具体的に記載してください |  | |

＊この用紙は本セミナーのみに使用し、終了後は事務局で責任を持って破棄いたします