

課 題

高齢者の保健事業（重症化予防とフレイル予防）における※専門職の役割について、あなたの考えを述べよ

※今回申込む、あなたの職種

受験番号（記入不要）	氏 名（ふりがな）

- ・必ず自署してください。

・ 4 0 0 字以上 8 0 0 字以内で記入してください。
- ・ 縦書きで本文から記入してください（黒ボールペンまたは鉛筆）。

・ 温度変化により文字が消えるペン（フリクションペン等）は使用しないでください。

(20×20)

(20×20)