



FAX 送信方向 FAX 番号 03 - 3355 - 3122

日本慢性期医療協会 第2回認知症ケア研修会
参加申込書

(本紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。)

〔申込先〕FAX：03 - 3355 - 3122 日本慢性期医療協会

〔申込締切〕平成23年10月31日(月)

〔参加定員〕80名(先着順)

* 連絡担当者様あてに参加費請求書及び受講票をお送りさせていただきます。

* 満席の場合は、お申し込み後3日以内にご連絡いたします。

* 宿泊・交通の手配等につきましては、各自でお願いいたします。

施設名 _____ どちらかに _____ 会員 ・ 非会員 _____

住所 _____ (〒 _____) _____

TEL . _____ FAX . _____

(ふりがな)

連絡担当者氏名 _____ 部署 _____

	(ふりがな) 参加者氏名	職種
1		看護職・介護職・その他()
2		看護職・介護職・その他()
3		看護職・介護職・その他()
4		看護職・介護職・その他()
5		看護職・介護職・その他()