

第1回 在宅医療認定医講座 参加申込書

(本紙をコピーして、FAXにてお申し込みください。)

申込期日 平成24年8月20日(月)

申込先 FAX:03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 どちらかに○ 会員・会員以外

住 所

TEL - - FAX - -

連絡担当者氏名 役職

※8月下旬頃、連絡担当者様宛に参加費請求書をお送りいたします。

受講者氏名 医師経験年数 年

受講者氏名 医師経験年数 年

受講者氏名 医師経験年数 年

 日本慢性期医療協会