

# 第2回 医療ケアマネジャー講座 参加申込書

(本紙をコピーして、FAXにてお申込下さい)

申込期日 平成25年 8月 9日 (金)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 ( 会員 ・ 非会員 )

住所 (〒 - )

TEL FAX

連絡担当者氏名 部署

<下記に参加者をお書き下さい>

No.	ふりがな 氏名	職 種	ケアマネジャー 資格	ケアマネジャー 経験年数
1		医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士 その他 ( )	有・無	年
2		医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士 その他 ( )	有・無	年
3		医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士 その他 ( )	有・無	年
4		医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士 その他 ( )	有・無	年