

# 第10回 医療介護福祉士認定講座 参加申込書

(本紙をコピーして、FAXにてお申し込み下さい)

申込期日 平成26年 1月 17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 どちらかに○ 会員 ・ 会員以外

住所 (〒 - )

TEL FAX

連絡担当者氏名 役職

NO.	ふりがな 受講者氏名	性別	年齢	介護福祉士 資格取得
1		男・女		年 月
2		男・女		年 月
3		男・女		年 月
4		男・女		年 月
5		男・女		年 月

\* 1月下旬頃、連絡担当者様宛てに参加費請求書をお送りさせていただきます。

\* 定員に達した場合は、期日にかかわらず受付を終了させていただきます。

日本慢性期医療協会

〒162-0067

東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

TEL.03-3355-3120 FAX.03-3355-3122 E-mail info@jamcf.jp

URL <http://jamcf.jp> 日慢協ブログ <http://manseiki.net>