

第8回 慢性期医療認定講座 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25年 10月 31日 (木)

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	職種
1		職種 コメディカルの方は()内に職種をご記入下さい。 医師 ・ 看護師 ・ () 准看護師
2		医師 ・ 看護師 ・ () 准看護師
3		医師 ・ 看護師 ・ () 准看護師
4		医師 ・ 看護師 ・ () 准看護師
5		医師 ・ 看護師 ・ () 准看護師

* 11月上旬頃、連絡担当者様宛てに参加費請求書をお送りいたします。

* 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 シヤトレ市ヶ谷 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>