

# 総合リハビリテーション講座

## 参加申込書

(本紙に必要事項をご記入の上、F a xにてお申し込み下さい。)

〔申込先〕 F a x : 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

〔申込締切〕 平成26年3月10日(月)

〔参加定員〕 先着150名 対象：医師

\*3月中旬頃、連絡担当者様宛てに参加費請求書及び受講票をお送り致します。

\*締切日前に定員に達した場合は、その時点で受付を終了させていただきます。

貴施設名 \_\_\_\_\_ どちらかに○ ⇒ 会員 ・ 非会員

住所 \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ )

T e l . \_\_\_\_\_ F a x . \_\_\_\_\_

連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

No.	(ふりがな) 受講者氏名	ご専門分野	医師経験年数
1			
2			
3			

### ※ご注意

遅刻・早退のある場合は修了証を発行できませんので、ご了承頂けますようお願い申し上げます。