

**《地域包括ケア病棟協会》**  
**データ提出加算取得のための講習会**  
**参加申込書**

(本紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。)

〔申込先〕 FAX: 03-3355-3122 地域包括ケア病棟協会事務局

〔申込締切〕 平成26年8月4日(月) 厳守

〔参加定員〕 先着 400名

\*8月上旬頃、連絡担当者様宛てに受講票をお送り致します。

\*混雑が予想されますので、お早めにお申し込みください。

(地域包括ケア病棟協会)

貴院名 \_\_\_\_\_ どちらかに○ ⇒ 会員・非会員

住所 \_\_\_\_\_ (〒 - )

TEL. \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_

連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

No.	(ふりがな) 受講者氏名	部署名	役職
1			
2			
3			
4			