

第3回 在宅医療認定医講座 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 3月 10日(月)

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

受講者氏名 医師経験年数 年

受講者氏名 医師経験年数 年

受講者氏名 医師経験年数 年

* 3月下旬頃、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