

日本慢性期医療協会
平成27年度介護報酬改定説明会

参加申込書

〔申込締切〕平成27年2月13日（金）必着

〔返信先〕 FAX.03-3355-3122 日本慢性期医療協会

〔主催〕 日本慢性期医療協会
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 info@jamcf.jp

- * 「参加券」を2月末日までにご連絡担当者宛にお送りいたします。
- * 定員に達しご参加いただけない場合は、本申込書受信後3日以内にご連絡いたします。
- * ご参加は、**1施設より原則2名まで・1会場のみ**とさせていただきます。
3名以上の参加をご希望の場合は、申し込み締め切り後にお問い合わせ下さい。

貴施設名			
ご住所			
TEL.		FAX.	
担当者名		職名	
参加希望会場	3/7 東京 ・ 3/8 大阪 （どちらかを○で囲んでください）		
1. 参加者氏名		職名	
2. 参加者氏名		職名	

（本紙を fax 送信してください。お申込みありがとうございます）