

## 回復期リハ病棟入院料 1 「体制強化加算」 該当研修 第 4 回 医師のための総合リハビリテーション講座 参加申込書

申込期日 平成 28 年 2 月 17 日 (水)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 \_\_\_\_\_ ( 会 員 ・ 非 会 員 )

住所 \_\_\_\_\_ ( 〒        -        )

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

連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_

- \*連絡担当者様宛に「受講票」と参加費請求書を 3 月上旬頃にお送り致します。
- \*3 月 4 日 (金) 以降のキャンセルにつきましては参加費の返金は致しかねますのでご注意ください。
- \*交通・ご宿泊の手配などにつきましては、各自でお願いいたします。

<下記に参加者をお書き下さい>

No.	ふりがな 氏 名	ご専門分野	医師経験年数
1			年
2			年
3			年

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 Email info@jamcf.jp  
ホームページ <http://jamcf.jp> 日慢協ブログ <http://manseiki.net>