

# 第5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

(本紙をコピーして、FAXにてお申込下さい)

申込期日 平成29年3月31日(金)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

御所属 日本慢性期医療協会  
(会員 / 非会員)

住所 (〒 - )

TEL FAX

E-mail (ブロック体でお願い致します)

連絡担当者氏名 部署

<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>