

東海慢性期医療協会 《排尿自立指導料該当研修》

平成 29 年度排尿機能回復のための治療とケア講座 参加申込書

日 程 : 平成 30 年 3 月 1 日 (木)、3 月 2 日 (金)
 会 場 : 名古屋国際会議場 会議室(2 号館)224 号室
 定 員 : 医師・看護師 計 120 名 (先着順)
 参加期間 : <<医 師>> 3/1(木) 初日のみ (昼食 1 回含む)
 <<看護師>> 3/1(木)・3/2(金) 両日 (昼食 2 回含む)
 参加費 : <<医 師>> 会 員 13,000 円 非会員 26,000 円
 <<看護師>> 会 員 25,000 円 非会員 50,000 円
 東海慢性期医療協会、日本慢性期医療協会に所属する施設は、会員価格となります。会員区分に✓を記入してください。



申込期日：平成 30 年 2 月 10 日(土)

貴施設名			
連絡担当者 氏名		部署・役職	
住 所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
会員区分	該当する□に✓を記入してください <input type="checkbox"/> 東海慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 非会員		

※連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。

No.	(フリガナ) 受講者氏名	職種	役職	性別
1	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師		男・女
2	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師		男・女
3	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師		男・女
4	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師		男・女
5	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師		男・女

*1枚で記入できない場合は、コピーしてご利用ください。

送信先:東海慢性期医療協会 事務局 担当:磯貝・竹田 <TEL 0566-41-3001>

FAX: 0566-48-5157 または E-mail:hainyou@aiseikan.or.jp