

「排尿自立指導料」該当研修

排尿機能回復のための治療とケア講座 参加申込書

申込期日 平成31年 1月18日（金）（定員に達し次第締め切りとさせていただきます）

申込先 FAX：

貴施設名				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いたします)
連絡担当者氏名			部署	

※ 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。

※ 交通・宿泊につきましては、各自で手配をお願いいたします。

< 下記に参加者をご記入ください >

No.	ふりがな 氏 名	性別	職 種	(医師の場合) 専門分野 (看護師の場合) 役職	医師・看護師 経験年数
1		男 女	医師・看護師		年
2		男 女	医師・看護師		年
3		男 女	医師・看護師		年
4		男 女	医師・看護師		年