

**日本慢性期医療協会**  
**看護・介護のためのケア講座 参加申込書**

申込期日 2019年5月16日(木)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

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致します)

連絡担当者氏名 部署

- \*連絡担当者様宛に「参加証」と「参加費請求書」を5月下旬頃にお送り致します。
- \*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。
- \*満席の場合のみ当会から3営業日以内にご連絡を差し上げます。

<下記に参加者をお書き下さい>

No.	ふりがな 氏名	職種 *看護・介護以外の職種の方のご参加も可能です。	役職	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>

慢性期.com <https://manseiki.com>