「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２８年４月１５日（金）

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「受講票」と参加費請求書を４月末頃にお送り致します。

＊４月２７日(水)以降のキャンセルにつきましては参加費の返金を致しかねますのでご注意下さい。

＊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.** |  | **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** |  | 医師　・　看護師 |  | 　年 |
| **２** |  | 医師　・　看護師 |  | 　年 |
| **３** |  | 医師　・　看護師 |  | 　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