

介護医療院セミナー 参加申込書

～どうなる介護医療院 どうする病床転換 今考えなければ遅い！～

申込期日 平成29年11月10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11月20日頃にお送り致します。
- *11月22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ください。
- *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. | ふりがな 氏名 | 役職 | 職種 |
|-----|------------|----|----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

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>