

看護師のための認知症ケア講座 参加申込書

9月1日開催

貴施設名 _____

会員施設 ・ 非会員施設 (どちらかに○をお願いします)

※会員対象 (あてはまる協会に○をお願いします)

<input type="checkbox"/>	埼玉県慢性期医療協会	<input type="checkbox"/>	日本慢性期医療協会
<input type="checkbox"/>	全日本病院協会埼玉県支部	<input type="checkbox"/>	日本医療法人協会埼玉県支部

住所 〒 _____

Tel () _____

Fax () _____

連絡担当者氏名 _____

部署・役職 _____

ふりがな 参加者氏名	役職	看護師 経験年数	性別	生年月日
			男・女	S・H 年 月 日
			男・女	S・H 年 月 日
			男・女	S・H 年 月 日

返信先 FAX : 049-264-8777

申し込み締め切り : 平成30年8月10日 (金)

【問い合わせ】049-293-8222 (富家在宅リハビリテーションセンター 前田)

【事務局】埼玉県慢性期医療協会事務局 (富家病院内)

Tel 049-264-8811

※ 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。