

日本慢性期医療協会「排尿自立指導料」該当研修

第3回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30年7月17日(火)

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7月下旬頃にお送り致します。

(8月上旬までに届かない場合はご連絡をお願い致します)

*8月8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。

*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	(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