

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2「体制強化加算」該当研修
第8回 医師のための総合リハビリテーション講座 参加申込書

申込期日 2020年6月15日（月）※定員に達し次第、受付を締切ります。

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

<下記に参加者をお書き下さい>

*満席の場合のみ当会から3営業日以内にご連絡致します。

*連絡担当者様宛に「受講票」、「参加費請求書」を6月下旬頃にお送りいたします。

No.	ふりがな 氏名	ご専門分野	医師経験年数
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 シヤトレ市ヶ谷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.コム <https://manseiki.com>