

「安全対策体制加算」該当研修

第7回（7月1・2日） リスクマネジメント研修 参加申込書

申込期日 2021年4月20日（火）※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 ※スマートフォン、携帯電話の  
メールアドレスは不可。  
※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5月中旬頃にお送りいたします。

\*受講のための必要事項等をメールにてご案内申し上げます。

No.	ふりがな 氏名	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 シヤトレ市ヶ谷2 階  
TEL. 03-3355-3120 FAX. 03-3355-3122 Email info@jamcf.jp