

「安全対策体制加算」該当研修

第9回（7月20・21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6月上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 | | |