

日本慢性期医療協会「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」該当研修
第6回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座
参加申込書

申込期日 2021年8月6日(金)

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「参加証」と「参加費請求書」を8月下旬頃にお送り致します。
- *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、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 | 専門科 | 経験年数 |
|-----|------------|-----|------|
| 1 | | | 年 |
| 2 | | | 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>
慢性期.com <https://manseiki.com>