

「安全対策体制加算」該当研修

第10回リスクマネジメント研修（6月2・3日） 参加申込書

申込期日 2022年4月21日（木）※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4月末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		