

第1回メディカルケアマネジャー研修会 参加申込書

申込期日 2022年12月27日(火)

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 ※iCloud、キャリアメール、Gmail登録不可
(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>

- *連絡担当者様宛にご案内、参加費請求書をメールにてお送りいたします。
- *開催前に ZOOM の事前接続テストを1月6日(金) 10:00~14:00に予定しております。
(事前接続テストは必須ではございません。)
- *「メディカルケアマネジャー認定証」の発行が必要でない場合は、部分出席も可能です。
(部分出席の場合も、参加費は同じ金額でございますのでご了承ください。)

No.	ふりがな 氏名	ケアマネの基礎となる職種 例:看護師、社会福祉士等	役職	認定証
1				要・不要
2				要・不要
3				要・不要



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.コム <https://manseiki.com>