

「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」該当研修

排尿機能回復のための治療とケア講座 参加申込書

申込期限 令和 6 年 9 月 30 日 (月) (定員に達し次第締め切りとさせていただきます)

申 込 先 FAX : 092-725-3219 福岡県慢性期医療協会 事務局

所在地 : 〒810-0004 福岡市中央区渡辺通 4 丁目 9-18 福酒ビル 5 階 株式会社サードエイジ内
TEL 092-725-3215

貴施設名				(会員・非会員)
住所				(〒 -)
TEL		FAX		
E-mail	(ブロック体でお願いいたします)			
連絡担当者氏名		部署		

※ 連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。

※ 交通・宿泊につきましては、各自で手配をお願いいたします。

< 下記に参加者をご記入ください >

No.	ふりがな 氏 名	性別	職 種	団体名 (会員の場合のみ) ※会員以外の方は非会員とご 記入ください	医師・看護師 経験年数
1		男 女	医師・看護師		年
2		男 女	医師・看護師		年
3		男 女	医師・看護師		年
4		男 女	医師・看護師		年