

「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 2 月 24 日 (土) (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 : 089-975-1670 愛媛県慢性期医療協会 事務局

所在地 : 〒791-1111 愛媛県松山市高井町 1211 番地 松山リハビリテーション病院
TEL : 089-975-7431

貴施設名				愛媛県慢協 or 日慢協 (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	(医師の場合) 専門分野 (看護師の場合) 役職	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