

「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

申込期日 令和 7 年 2 月 1 0 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: 0224-62-1036 (医) 金上仁友会金上病院内 事務局 担当: 平野貴之

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	(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