

「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 7 年 2 月 22 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 |